

hombro, sería generalmente fácil desprender el brazo.

Prolapso
del
cordón umbilical

Graves
consecuencias
para
el niño.

Ocurre á veces que el cordón umbilical desciende á lo largo de la parte que se presenta (fig. 122), y se encuentra comprimido entre ella y las paredes de la pelvis. La consecuencia de este accidente es la interrupción de la circulación fetal y la muerte frecuente del niño por asfixia. De aquí puede deducirse que el prolapso del cordón es una complicación muy seria del parto, en lo que se refiere al niño.

Fig. 122.



Prolapso del cordón umbilical.

Frecuencia.

Por fortuna es bastante rara. Churchill calcula que de 105.000 partos se presentó 240 veces, y Scanzoni una vez de cada 254. Su frecuencia varía mucho, según diversas circunstancias y en los diferentes países. De las estadísticas de Churchill resulta una diferencia notable en la proporción de este accidente en Francia, Inglaterra y Alemania, en donde se ha observado respectivamente una vez por 446 $\frac{1}{2}$, por 207 $\frac{1}{2}$ y por 156. Por alta que sea la cifra atribuida á Alemania en estos cálculos, aun resulta más en algunos distritos. Así, Engelman dice que este ac-

cidente se observa una vez cada 94 partos en la Maternidad de Berlín, y Michaelis una vez por cada 90 en la de Kiel. Tan notables diferencias no son fáciles de explicar á primera vista. El doctor Simpson supone, con grandes probabilidades de acierto, que la desproporción de este accidente en Inglaterra, Francia y Alemania puede depender de las diferentes posiciones que las mujeres adoptan para parir en cada uno de estos países. En Francia, en donde prefiriendo el decúbito supino se mantiene elevada la pelvis, es menos frecuente la complicación; en Inglaterra, en donde la mujer pare de lado, es algo más frecuente, y en Alemania, en donde se acuesta sobre el dorso, con los hombros elevados, es todavía más común la complicación. Engelman (1) supone que la frecuencia especial del prolapso del cordón en ciertos distritos, como Kiel, por ejemplo, depende de la influencia del raquitismo, y por tanto de los vicios de conformación de la pelvis; en efecto, bien pronto veremos que es una de las causas más frecuentes é importantes de este accidente.

Explicación
de su frecuencia
en
ciertos países.

Puede decirse que el prolapso del cordón no expone á la madre á ningún peligro, pero todos los tocólogos saben por experiencia que el niño está expuesto á muy graves accidentes. Scanzoni calculó que se salvaban sólo el 45 por 100; Churchill cree que el 47. Así, en las circunstancias más favorables, esta complicación ocasiona la muerte de más de la mitad de los niños (2). Engelman ha observado que de 202 presentaciones de vértice sólo sobrevivieron 36 niños de cada 100. La mortalidad no ha sido tan grande en otras presentaciones, pues se salvaron el 68 por 100 de los niños que se presentaron por los pies y el 50 por 100 de los que se presentaron por el hombro. Esta diferencia puede atribuirse sin duda á que en las presentaciones de vértice la cabeza, llenando mucho más completamente la excavación, somete el cordón á una compresión más fuerte; por el contrario, en las demás presentaciones, la excavación está algo más libre, y no es tan completa la

Pronóstico

Mortalidad
fetal relativa
en las diferentes
presentaciones.

(1) *American Journ. of obst.*, 1873-74, tomo VI, págs. 409 y 540.

(2) En la clínica de la Facultad de París, de 143 casos de prolapso del cordón nacieron muertos 96 niños. (*Cliniques du professeur Depaul*, pág. 601.)

suspensión de la circulación en el cordón. Además, en el último caso se reconoce pronto la complicación y se aplica más pronto el tratamiento.

La mortalidad fetal es mayor en los primeros partos.

Causas.

Circunstancias que impiden la adaptación en la pelvis de la parte presentada.

Deformidad pélvica.

Diagnóstico.

Importancia de reconocer las pulsaciones del cordón.

La mortalidad fetal es mucho mayor en las primíparas, debido probablemente á la mayor resistencia de las partes blandas y á la prolongación del parto que de ello resulta.

El prolapso del cordón puede producirse siempre que una circunstancia cualquiera impida á la parte que se presenta adaptarse exactamente al estrecho superior. Así, es mucho más frecuente en las presentaciones de nalgas ó de hombros que en las de vértice, y es relativamente más común en las de pies y hombros que en todas las demás. Entre las causas predisponentes accidentales mencionaré la rotura prematura de las membranas, sobre todo si es excesiva la cantidad de líquido amniótico, pues el flujo repentino del líquido puede arrastrar consigo el cordón; la longitud exagerada de éste, ó la inserción anormalmente baja de la placenta. Engelman concede gran importancia á la estrechez ligera de la pelvis, y dice que en la Maternidad de Berlín, siempre que se midió exactamente la pelvis en los casos de prolapso, se la encontró viciada. Este hecho se explica fácilmente, porque uno de los primeros resultados de la estrechez de la pelvis es impedir la introducción exacta de la parte que se presenta en el estrecho superior.

El diagnóstico del prolapso del cordón es generalmente fácil; pero si las membranas están aún intactas, no es siempre muy cómodo determinar la naturaleza precisa de estas partes blandas, porque huyen del dedo que las toca. Si pueden percibirse las pulsaciones á través de las membranas, desaparece toda dificultad. Una vez rotas, ya no se corre el riesgo de engañarse.

El punto capital es tratar de reconocer en este caso si late ó no el cordón; en efecto, si no late, el niño está muerto y no hay necesidad de intervenir. Pero conviene ser muy circunspectos, pues si se hace el examen durante un dolor, puede estar interrumpida sólo temporalmente la circulación. Se hará, pues, el examen en el intervalo de los dolores, y si es preciso se llevará un asa del cordón á la vagina para asegurarse bien.

El prolapso es más ó menos marcado; á veces nó existe entre la pelvis y la parte que se presenta más que una pequeña asa de cordón, bastante corta para escapar á la observación. En estas circunstancias puede sacrificarse el niño sin sospechar el peligro. Las más veces es bastante la longitud del cordón que está en prolapso para que haya en la vagina un asa más ó menos grande, que puede salir á veces por la vulva.

La primera indicación del tratamiento consiste en quitar la compresión, y todos nuestros esfuerzos deben tender á conseguir este resultado. Si se descubre el accidente antes de que esté del todo dilatado el cuello y aun intactas las membranas, puede ensayarse el quitar el cordón del paso; se conservarán cuidadosamente íntegras las membranas tanto tiempo como sea posible, porque el cordón está bastante protegido en tanto que le baña el líquido amniótico, y después aseguraremos la dilatación completa del orificio, de modo que la parte que se presente pueda encajarse rápida y completamente.

Es muy importante la posición que se da á la mujer y constituye un excelente tratamiento, que se debe al doctor Gaillard Thomas, de Nueva York, cuyos escritos le han vulgarizado, aunque sea un tanto análogo á un procedimiento adoptado algunos años antes. El método del doctor Thomas está fundado en el principio que consiste en provocar la entrada del cordón en la cavidad uterina, dejándole deslizar á beneficio de su propio peso. Con tal objeto se coloca á la mujer en el suelo apoyada sobre sus manos y rodillas, con las caderas elevadas y los hombros bajos (figura 123). El cuello no es ya entonces la parte más declive del útero, y la pared anterior forma un plano inclinado hacia abajo, sobre el que se desliza el cordón. Se obtiene á veces, pero no siempre, buen resultado con esta maniobra. Naturalmente, hay más probabilidades de éxito cuando las membranas están intactas. Si se consigue hacer entrar de este modo el cordón en el útero y el orificio está bastante dilatado, pueden romperse las membranas y provocar el encajamiento de la cabeza mediante una compresión uterina convenientemente dirigida. Pero á veces es tan incómoda esta posición que es difícil recurrir á ella.

Tratamiento.

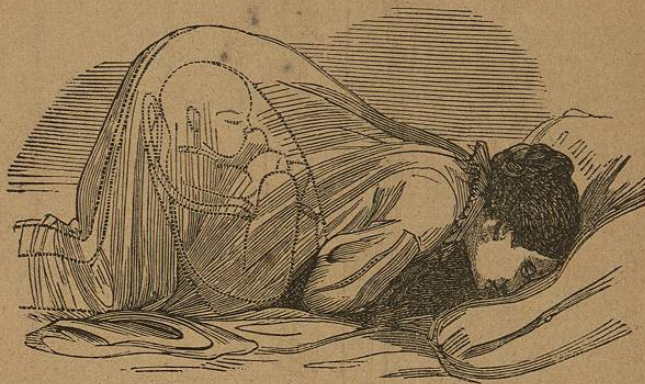
Tratamiento por la posición.

y vale más adoptar otra, que consiste en colocar á la mujer sobre el lado opuesto al del prolapso, de modo que se disminuya lo posible la compresión, y elevar al mismo tiempo las caderas merced á una almohadilla; el cordón podrá deslizarse hacia atrás. El tratamiento por la posición, sea cual fuere, podrá dar buen resultado aun después de rotas las membranas, y como es sencillo é inofensivo, nada impide hacer un ensayo.

Retropulsión artificial.

Si no da resultado el tratamiento por la posición, deberá intentarse por otros procedimientos el poner el cor-

Fig. 123.



Tratamiento del prolapso del cordón por la posición.

dón á cubierto de una compresión peligrosa. Por desgracia la retropulsión es con demasiada frecuencia engañosa, difícil de aplicar y va seguida á veces de nuevo descenso del cordón, aun después de una operación coronada en apariencia por el éxito. Si el orificio está completamente dilatado y el vértice encajado en la excavación (con cualquier otra presentación es casi imposible la retropulsión), el mejor procedimiento es probablemente el rechazar el cordón con la mano sola. El método más sencillo y eficaz es el recomendado por los señores McClintock y Hardy, quienes aconsejan colocar á la mujer en el lado opuesto al del prolapso y llevar el cordón hacia el pubis, la parte menos profunda de la pelvis. Entonces se intenta empu-

jarle por encima de la cabeza, á tanta altura como sea posible, con dos ó tres dedos que se dejan en la pelvis hasta que sobreviene un dolor, y después se sacan suavemente. Durante la contracción puede recurrirse perfectamente á la compresión externa para facilitar el descenso de la cabeza. Esta maniobra se repite durante varios dolores sucesivos, y va seguida á veces de éxito. Se ha ensayado tam-

Retropulsión con los dedos.

Fig. 124.



Instrumento de Braun para la retropulsión del cordón.

bién el enganchar el cordón por encima de los miembros del feto ó colocarlo en el surco del cuello, según los consejos de algunos autores; pero este procedimiento exige el introducir á tanta profundidad la mano, que es casi inaplicable.

Se han inventado diversos instrumentos complicados para facilitar la retropulsión del cordón (fig. 124); pero

Instrumentos usados para la retropulsión.

aunque se posean no se tendrán probablemente á mano en el momento del accidente. Es fácil improvisar un instrumento bastante sencillo con una sonda de hombre de goma ordinaria, y pasar por los dos extremos de ella un lazo, de modo que salga un asa por el ojo del catéter. Se pasa este lazo por el asa del cordón y se lleva el extremo al ojo del catéter, en donde se sujeta mediante un estilete. Entonces se rechaza el cordón á la cavidad uterina con el catéter, y cuando se saca el estilete queda aquél libre. Puede hacerse también un instrumento cómodo agujereando el extremo de una ballena. Por el asa del cordón se pasa un pedazo de cinta y se enhebran los cabos por el ojo de la ballena, que se pone en contacto con el cordón, y el todo se introduce á tanta altura como es posible en la cavidad uterina. Aflojando uno de sus cabos, es fácil quitar la cinta. Si se prefiere, se puede dejar el cordón unido á la ballena, que permanece en el útero hasta que es expulsado el niño. Inútil es hablar de los demás métodos aconsejados para rechazar el cordón á la cavidad uterina, por ejemplo, la introducción de pedazos de esponja ó la protección de aquél por una especie de vaina de cuero suave, pues generalmente se consideran como inútiles todos ellos.

Tratamiento
cuando no da
resultado
la retropulsión.

A menudo no da resultado ninguna de estas tentativas, en cuyo caso debe obrarse según las circunstancias. Si la pelvis es ancha y enérgicos los dolores, sobre todo en las multíparas, es probable que convenga más el contemporizar, en la esperanza de que podrá desprenderse la cabeza antes de que la compresión del cordón haya tenido tiempo de ocasionar la muerte del niño. Se obligará á la mujer á que haga fuerzas y se facilitará el descenso de la cabeza por la compresión uterina, á fin de terminar el segundo estadio tan pronto como sea posible. Si se alcanza fácilmente la cabeza, está justificada la aplicación del forceps, porque todo retardo puede producir inevitablemente la muerte del niño. En tanto se colocará el cordón á uno ú otro lado de las sínfisis sacro-iliacas, según la posición de la cabeza, hacia la parte de la pelvis en que haya más espacio y en que sea por tanto menos perjudicial la compresión. Si se trata de un caso en que no ha descendido la cabeza á la excava-

ción en que se ha ensayado sin éxito el tratamiento por la posición y la retropulsión; si el orificio está completamente dilatado y son favorables las demás circunstancias, la versión será el medio que más probabilidades de vida ofrecerá al niño. Engelman recomienda esto, por haber observado que 70 veces por 100 nacieron vivos los niños extraídos de este modo. No puede ponerse en duda que es este el mejor procedimiento bajo el punto de vista de los intereses del niño, siempre que sea aplicable. Pero la versión no siempre está exenta de peligros para la madre, y el práctico es el único que puede decidir de su oportunidad en cada caso especial. Será sobre todo aplicable cuando el orificio esté completamente dilatado é intactas las membranas, de modo que pueda hacerse la versión por el método combinado sin introducir la mano en el útero. Si no se juzga conveniente recurrir á ella, no queda otro recurso que procurar poner el cordón, en lo posible, á cubierto de la compresión por uno de los métodos ya mencionados.

FIN DEL TOMO PRIMERO

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L.