

Parto Distócico por desproporción feto-pélvica

Dr. Gaspar Vallecillo M. ()*

Dr. José Niz Ramos ()*

*Dr. Alberto Alvarado Duran (**)*

DEFINICIÓN:

El parto se considera como un fenómeno que normalmente ocurre al final del embarazo y tiene por objeto la expulsión del feto y sus anexos por las vías naturales. Esto sucede gracias a la armonía existente entre diversos factores de los que destacan, en relación al tema que se va a desarrollar, los siguientes tres elementos: feto, pelvis materna y contractilidad uterina.

La suspensión del progreso del parto como consecuencia de anomalías del mecanismo respectivo se denomina distocia. Dicho de otra manera, toda dificultad a la libre realización del parto por las vías naturales, se considera distocia.

La desarmonía fetopélvica conocida también como desproporción feto-pélvica o céfalo-pélvica, se define como la imposibilidad del parto por vía vaginal, cuando el conducto pélvico es insuficiente para permitir el paso del feto ya sea por disminución de las dimensiones de la pelvis en relación a un determinado feto o bien porque el volumen parcial o total del feto resulte excesivo para una determinada pelvis. Es decir, hay una pérdida de la relación armoniosa feto-pélvica.

MAGNITUD Y TRASCENDENCIA

La desproporción feto-pélvica es uno de los problemas que con mayor frecuencia se encuentra en la obstetricia, y es responsable de cifras importantes de morbi-mortalidad materna y fetal. Para ilustrar la trascendencia que reviste como complicación del parto, es interesante analizar algunos datos estadísticos de este problema. En el momento actual la operación cesárea por diversas indicaciones se practica con una frecuencia de 11% y la indicación que alcanza la mayor cifra es precisamente la desproporción feto-pélvica que en diversas estadísticas se encuentra apareciendo con una frecuencia entre 20 y 29%, es decir, aproximadamente una de cada cuatro cesáreas se practica con la indicación de desproporción feto pélvica. La morbilidad materna en la operación cesárea está presente en un 18% de los casos y la mortalidad materna en un 0.4%. En cuanto a la morbilidad fetal su frecuencia es de 20% y la mortalidad perinatal de 7%. Estas cifras de morbi-mortalidad materna y fetal se refieren a todo tipo

(*) Ex-Residente.

{**} Jefe de Enseñanza e Investigación. Hospital de Gineco-Obstetricia.
Centro Médico Nacional. I.M.S.S. México, D. P.

de operación cesárea, pero la mortalidad y morbilidad referida a la cesárea realizada por desproporción feto-pélvica es muy semejante en cifras a las antes mencionadas.

En la morbilidad materna se incluyen todos aquellos problemas que complican la operación y que habitualmente se resuelven de manera adecuada; lo mismo se podría decir de la morbilidad fetal. Sin embargo, a pesar de que actualmente se cuenta con diversos medios para mejorar el pronóstico de los fetos que han sufrido durante o después del nacimiento debido a la desproporción feto-pélvica, está aún por valorarse cuál es la trascendencia social como son los trastornos de conducta.

Si se toma en cuenta que la solución terapéutica del problema de desproporción feto pélvica es quirúrgico, como se verá más adelante, no sólo se debe analizar la morbimortalidad que la operación cesárea tiene, sino que también se hace necesario tomar en cuenta que aún sin ninguna complicación en la madre o en el feto, el procedimiento quirúrgico en sí y su evolución, significan un mayor riesgo para la madre y una recuperación total más lenta que si se tratara de un parto normal, lo cual evidentemente tiene repercusiones, no sólo económicas para la paciente y para los servicios médicos, sino también repercusiones directas en la organización familiar.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

La causa de la distocia puede ser materna o fetal. En el primer caso las características de la pelvis son anómalas y aún sin ellas ocupan un lugar preponderante. La pelvis adquiere determinadas dimensiones y forma debido a la participación de factores fisiológicos del desarrollo corporal, el sexo, la raza y el biotipo. Además pueden influir los siguientes factores llamados leyes de Bonnaire: a) Ley de la edad; La lesión causal tiene mayor influencia cuanto más precoz es; b) Localización de la lesión: la lesión deforma más la pelvis cuanto mayor es su proximidad, lo que es válido especialmente para las lesiones vertebrales; c) Naturaleza de la lesión: la lesión por sí misma provoca deformaciones típicas; d) Utilización de los miembros: en el curso de la evolución de la enfermedad la marcha puede agravar la deformidad, como sucede en el raquitismo; e) Tratamiento instituido: el tratamiento no sólo modifica la evolución de la enfermedad, sino también su repercusión sobre la pelvis. La transformación progresiva de la pelvis fetal en pelvis adulta puede verse alterada por factores, o lesiones diversas que provocan variadas modificaciones.

Las deformaciones pélvicas pueden deberse a enfermedades generales, a lesiones vertebrales, a lesiones del aparato locomotor o bien, pueden ser congénitas.

- I.—Deformaciones pélvicas debidas a enfermedades generales, a) Pelvis raquí-tica. Se sabe que el raquitismo es un trastorno de equilibrio fosfocálcico en donde interviene también la falta de sol y las carencias alimenticias en particular la vitamina D. En el medio mexicano este tipo de alteración es rara ya que en la alimentación básica, el calcio contiene la diversidad de preparados del maíz y el abundante sol que recibe la población, contrarrestan otras deficiencias que intervienen en la etiología de la enfermedad, b) Pelvis osteomalácica: Etimológicamente osteomalacia significa reblandecimiento del hueso y es, al adulto lo que el raquitismo al niño, por lo tanto lo señalado para el raquitismo es válido para la osteomalacia, c) Deformaciones por endocrinopatías: El síndrome endocrino causal es casi siempre una insuficiencia hipofisiaria o tiroidea, siendo el enanismo hipofisiario y el enanismo tiroideo las más características aunque en general son raras.

II.—Deformaciones secundarias a lesiones vertebrales. Es de todos conocido el papel que desempeña el raquis trasmisor del peso del cuerpo en la génesis de la pelvis normal.

Particular importancia tienen sus curvaturas y en especial la lordosis lumbar. Cualquier desviación de la columna vertebral condiciona una posición de compensación de la pelvis para conservar el equilibrio; así, la cintura pelviana se deforma al recibir el peso del cuerpo con arreglo a ejes normales, cuando las lesiones vertebrales se presentan en la fase de osificación, de la pelvis antes de la pubertad. En el plano sagital las curvaturas patológicas del raquis pueden ser xifosis o lordosis y en el plano frontal escoliosis, dando como resultado la pelvis xifótica o pelvis en embudo, pelvis lordótica con aplanamiento anteroposterior y pelvis escolítica o asimetría pélvica.

III.—Deformaciones secundarias a lesiones del aparato locomotor. En condiciones normales de bipedestación, la fuerza que ejercen hacia arriba y hacia adentro los fémures es de igual intensidad, en ambos lados y es transmitida a la pelvis por medio de los acetábulos. Si los miembros son desiguales en longitud, en movilidad o en potencia, se rompe el equilibrio y a causa de la claudicación resultante la mitad de la pelvis correspondiente al miembro más útil recibe un exceso de presión que deforma la pelvis, del lado sano. Las lesiones causales del aparato locomotor pueden ser cojera simple por acortamiento o posición viciosa de un miembro, luxación, congénita de la cadera, coxalgia por tuberculosis o poliomielitis. Es conveniente señalar que en el primero de estos casos la acción deformadora es puramente mecánica y en cambio en los tres restantes se suma un trastorno trófico a la acción mecánica.

IV.—Finalmente existen las malformaciones pelvianas congénitas que pueden ser parte de aquellas que afectan al conjunto del esqueleto o bien las que afectan de un modo predominante o exclusivo a la pelvis, así como los tumores pelvianos o las fracturas de la pelvis.

De la coordinación de factores de desarrollo raciales y sexuales, depende la constitución de la pelvis normal. De esta coordinación depende el que se presenten muchas variantes en la constitución de la pelvis y según sus características biotípicas se pueden dividir en los siguientes tipos: a) ginecoide: conocida también como femenina verdadera es la más comúnmente encontrada; b) androide: común en el sexo masculino; c) platipeloide: con diámetros transversos mayores que los anteroposteriores, es poco frecuente y d) antropeide con diámetros anteroposteriores mayores que los transversos, muy semejante a la pelvis de las monas.

Esta clasificación se complica cuando existen combinaciones dando lugar a pelvis gineco-androides, gineco-antropoides, etc.

Antes de terminar esta revisión de las anomalías pelvianas es indispensable comentar que sin querer menospreciar los casos de deformidades pélvicas como causa de desproporción feto-pélvica, el mayor por ciento de desproporción se presenta precisamente en las pelvis ginecoides, consideradas como las más normales en la población femenina. La razón de ellos es que la pelvis ginecoide es la más frecuente y como el problema de disarmonía no depende del solo factor pelvis materna, es lógico que por su frecuencia dé oportunidad a que la desproporción vaya acompañada comúnmente por una pelvis ginecoide. Es indispensable hacer hincapié en este hecho para que en función de hacer un diagnóstico oportuno no se descuide la valoración cuidadosa de cada caso por el mero hecho de encontrar una pelvis normal.

CAUSA DE ORIGEN FETAL. Las dimensiones exageradas de un producto de la concepción en relación a la pelvis materna es obviamente, lo que origina la distocia. Cuando el feto está excesivamente desarrollado puede haber dificultad en el proceso del parto. En México, se considera que el peso promedio normal de un feto a término varía entre 2500 y 3500 g. y se dice de un producto grande cuando su peso es de 4000 g. o más.

Las causas de este volumen excesivo del niño son en primer lugar las enfermedades metabólicas y especialmente la diabetes, los estados prediabéticos y la obesidad. El peso y talla elevada de los padres constituyen también factores importantes que deben tomarse en cuenta. La alimentación especialmente rica en hidratos de carbono, aunque es discutida, favorece el desarrollo excesivo del feto y una dieta bien balanceada evitando el exceso en los carbohidratos ayuda a impedir el volumen exagerado. Finalmente es un hecho que en un buen número de casos la etiología de productos macrosómicos permanece oscura.

Cuando las dimensiones del feto resulten mayores que la de los diámetros pélvicos el parto será imposible o bien se prolongará demasiado tiempo con las consecuencias que esto puede tener en madre y feto y la distocia, desde el punto de vista del producto podrá radicar en la cabeza, en los hombros, en el tronco o en las nalgas.

Entre las distocias por aumento de volumen parcial, se encuentra la debida a hidrocefalia que por trastorno de la circulación del líquido cefalorraquídeo se produce un aumento considerable del volumen cefálico condicionando una desproporción cefalopélvica; esta afección se presenta en 3 de cada 10.000 nacimientos. La distocia de hombros por volumen exagerado de ellos en realidad pertenece al exceso en el crecimiento total del feto, El hidrotórax y particularmente la ascitis son los determinantes principales de la desproporción fetal a nivel del tronco. Los dos cuadros son debidos a trastornos circulatorios y sobre todo la ascitis es consecuencia de enfermedad hemolítica por isoimmunización materno fetal. Finalmente los tumores sacro coxigeos del tipo de los teratomas, espina bífida sacra y los quistes dermoides motivan aumento de volumen de las nalgas, provocando desarmonía fetopélvica.

HISTORIA NATURAL

La historia natural por desproporción feto-pélvica se resumen en el cuadro número uno. De este cuadro es conveniente revisar los puntos en los que puede tenerse una actitud de prevención.

En relación a la madre la prevención primaria es posible efectuarla en todos aquellos casos que predisponen o inducen deformidades o estrecheces pélvicas excepto en los casos de tipo constitucional o racial.

En relación al aumento excesivo total o parcial del feto es también posible realizar una prevención primaria en la mayoría de los casos ya que probablemente la causa más frecuente de macrosomias fetales, en México derive básicamente de los malos hábitos higiénico dietéticos de la madre así como de la falta de educación médica que permita diagnosticar oportunamente los estados de prediabetes con objeto de realizar un control oportuno y adecuado que no solo estaría encaminado al problema de desarmonía fetopélvica sino tendría una aplicación mucho más amplia en relación a la salud de la población.

La actitud de prevención secundaria tiene un gran valor al evitar riesgos importantes en madre y en feto cuya trascendencia sería no sólo en ellos misinos sino en su grupo familiar y en la sociedad. Esto¹ se puede lograr mediante el estudio cuidadoso e integral de la paciente que se encuentra en trabajo de parto, con objeto de hacer un diagnóstico oportuno así como una terapéutica adecuada. En este sentido cobra especial importancia el riesgo de iatrogenia configurado no sólo por el descuido en el estudio de la paciente sino por la posibilidad de que aún habiéndose diagnosticado oportunamente el problema se permita una evolución prolongada ya sea como prueba de trabajo de parto, como prueba de fórceps, etc., lo que tendrá como consecuencia lesiones importantes en madre y feto. Finalmente la prevención terciaria deberá hacerse tanto en madre como en el niño ya que a resultas de un mal manejo del problema de desarmonía fetopélvica puede haber lesiones en ambos que requieren un cuidado particular.

Por ejemplo, si en la madre ha habido una ruptura uterina y ésta ha obligado a realizar una histerectomía, la rehabilitación más psicológica que física es indispensable llevarla a efecto en estas pacientes; pero si la ruptura no ha obligado a quitar el órgano sino que ha sido posible resolver el caso mediante una histerorrafia, la orientación a los embarazos futuros en cuanto a su periodicidad y vigilancia estrecha es indispensable. Si el feto tuvo un sufrimiento importante durante el trabajo de parto se hará necesario vigilar la evolución del niño a plazo largo para conocer las consecuencias reales que pudo haber tenido ese sufrimiento fetal para establecer o compensar hasta donde sea posible las funciones que pudieran haber sido dañadas.

Por último, la orientación y la educación médica que sobre este punto se pueda dar al núcleo familiar, será de particular beneficio para ese grupo¹ y para la sociedad.

CORRELACIÓN ANATOMOCLINICA Y FISIOLÓGICA

El cuadro clínico de la desproporción fetopélvica va a estar condicionado¹ por los tres factores participantes, a saber: continente (pelvis), contenido (producto) y fuerza propulsoras (contractilidad uterina); no se debe olvidar que el trabajo de parto es, como su nombre lo indica, esencialmente dinámico. Desde el punto de vista estrictamente obstétrico se puede hablar de desproporción fetopélvica cuando todos estos elementos hayan entrado en el juego funcional y mecánico del parto o sea la prueba de trabajo de parto *que* es el reflejo fiel de la compatibilidad feto pélvica. El cuadro clínico lo constituyen las anomalías de estos tres factores la sospecha de desarmonía fetopélvica puede asentarse después de haber conocido antecedentes tanto generales como obstétricos, datos de exploración general como estatura, tipo de marcha, deformidades. Los antecedentes, obstétricos son importantes aunque no se deben tomar como definitivos si se recuerda que en cada embarazo los factores pelvis, feto y útero pueden comportarse de manera diferente.

La exploración obstétrica comprende varios procedimientos entre los que destaca la pelvimetría interna. Esta debe hacerse con la paciente en posición ginecológica, explorando los elementos de la pelvis menor para apreciar la forma del arco púbico, las líneas innominadas que se dejan de percibir en la parte media en una pelvis normal, la medición del diámetro promontosubpúbico el que deberá tener 12.5 cms. Por encima del estrecho medio en la excavación, los dedos buscan la cavidad sacra que alcanzan en su parte baja, evalúan, después, aunque con dificultad, la separación y la dirección de las paredes pél-

vicas. Buscan el saliente variable de las espinas ciáticas y examinan, por último, la inclinación y altura de la sínfisis púbica. En el estrecho inferior ha de buscarse la abertura del arco subpúbico, siguiendo las ramas isquiopúbicas que deben abrirse ampliamente. Finalmente debe medirse la distancia entre las dos tuberosidades isquiáticas la que tiene que ser mayor de 9 cms. También es de relativa importancia medir en este estrecho el diámetro sagital posterior que va desde una línea que une las espinas ciáticas hasta la base del cóccix.

En resumen este estudio clínico valora los siguientes elementos morfológicos de la pelvis: diámetro promonto subpúbico o conjugado diagonal al que se le restan de 1.5 a 2 cms., según la inclinación del pubis, para obtener el diámetro conjugado obstétrico o promonto retropúbico que es en realidad el útil en el trabajo de parto.

Se valoran también las dimensiones transversas del estrecho superior, la forma del sacro, normalmente cóncavo; las dimensiones de la excavación pélvica apreciando la morfología de las espinas ciáticas; el arco subpúbico que generalmente es mayor de 90 grados y se juzga también el estado de resistencia del periné lo cual cobra mayor importancia en la paciente añosa o en la que ha practicado algún tipo de deporte que desarrolle más los músculos perineales.

Esta pelvimetría resulta especialmente útil cuando se realiza al final del embarazo y se aprecia el volumen de la cabeza fetal y la altura de la misma en relación a la pelvis. Es importante señalar que la cabeza fetal normalmente se encuentra encajada al final del embarazo en la paciente nulípara y cuando esto no sucede es necesario hacer una valoración cuidadosa tendiente a investigar la causa para descartar o no la existencia de una desproporción cefalopélvica.

El examen clínico obstétrico será completado con una exploración abdominal para estimular la altura uterina y calcular el peso aproximado del producto. También puede echarse mano de la cefalopelvimetría, estudio radiológico que consiste en relacionar las dimensiones de la pelvis materna con las de la cabeza fetal, permitiendo medir ciertos diámetros cuya estimación es imposible o muy difícil clínicamente, dando una arquitectura general de la pelvis. Sin embargo, el pronóstico del parto no se puede fundar tomando como base únicamente la pelvimetría radiológica por lo que este método debe entenderse como un método complementario útil en algunos casos pero nunca indispensable.

En casos normales, la contractilidad uterina ejerce una fuerza propulsora para la expulsión del producto; en aquellos en que exista desproporción fetopélvica, el trabajo uterino tendrá dificultades dependiendo del grado de resistencia que condicione la disarmonía. La correcta valoración de las contracciones uterinas permitirá hacer un buen diagnóstico y por lo tanto un plan terapéutico adecuado. Así, la insuficiencia en la intensidad o en la frecuencia de las contracciones impide una interpretación adecuada del trabajo de parto, e igualmente la excesiva contractilidad puede ser uno de los primeros signos del cuadro llamado síndrome de lucha, consistente en una mayor frecuencia e intensidad de las contracciones para vencer una resistencia, lo que da como consecuencia aumento en el tono uterino todo lo cual repercutirá sobre la oxigenación fetal. En caso de persistir el trabajo uterino excesivo, se formará un anillo de contracción que dificultará aún más la progresión del feto en el canal del parto, pudiendo llegar hasta la ruptura uterina, accidente muy grave cuyos efectos ponen en peligro la vida del binomio materno fetal. Como consecuencia se puede presentar cuadro de choque, hemorragia interna o externa y las consecuentes alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal. Es conveniente recordar que un trabajo de parto

prolongado es causa frecuente de hipotonía uterina post-parto con el cortejo sindromático alarmante de este cuadro.

Hasta ahora se ha discutido la desproporción fetopélvica absoluta, pero también existe la desproporción relativa y es la que se presenta por anomalías de posición de la presentación, como pueden ser las variedades occisito posteriores y occípito transversas que aunque la mayoría de ellas rotan a occípito púbicas un 5% persisten necesitando para su solución recursos de operatoria obstétrica. También dentro de este capítulo se consideran las anormalidades de la presentación como son las de frente en su variedad persistente la cual no tiene mecanismo de trabajo de parto y en su variedad transitoria lo cual progresa flexionando o deflexionando la cabeza, lo que tendrá como consecuencia otras anomalías de presentación como son las de cara o las bregmáticas susceptibles de provocar una verdadera desproporción adquirida si no evolucionan correctamente rotando o completando la flexión.

TRATAMIENTO

En el período prepatogénico el tratamiento del parto distócico por desproporción fetopélvica, está encaminado básicamente a tratar todos los problemas que en la madre llevan a deformidades o estrecheces pélvicas y en el feto a un aumento excesivo de su volumen. Con esto se eliminarían los casos de desproporción en los que el conflicto se presenta por anomalía en uno u otro elemento.

Sin embargo, quedarán todos aquellos casos, no poco frecuentes, en los que alguno de los dos factores anotados (pelvis materna y feto) sean normales. En estos casos simplemente se trata de un producto que siendo normal es en un momento dado demasiado grande para una determinada pelvis no necesariamente anormal. Aquí cobra especial importancia la vigilancia prenatal adecuada que regula en cierta forma el desarrollo del feto y permite establecer en un momento oportuno la interrupción del embarazo.

En el período patogénico, la sospecha de una desproporción feto-pélvica y la comprobación oportuna de ella, dará como resultado un tratamiento correcto. El manejo terapéutico no puede presentarse como un esquema único pues tiene variables que dependen de diversos factores como son, que la desproporción sea absoluta o relativa y el momento evolutivo en que se haya hecho el diagnóstico. Además se tomará en cuenta la relación que pueden tener estos mismos factores con algunos otros como son la edad, la presencia de cicatrices de cesáreas anteriores, de inserciones anormales de placenta o cualquier otra complicación que se agregue.

Al hablar de desproporción fetopélvica absoluta o relativa, se está queriendo indicar que en el primer caso no hay duda del diagnóstico y en cambio, en el segundo caso los elementos de juicio son insuficientes para diagnosticar con seguridad la disarmonía y al no tener más medios clínicos para su ratificación, se necesita poner en juego el factor uterino mediante una prueba de trabajo de parto lo que ayudará a definir la conducta final.

Cuando la desproporción fetopélvica es absoluta, ya sea debida a causas maternas o a causas fetales, el único tratamiento es la operación cesárea siendo la segmentaria transversal del tipo Kerr, la de elección. El momento adecuado para realizarla es cuando se ha hecho el diagnóstico si la paciente está en trabajo de parto. Si no lo está es conveniente esperar a que tenga contractilidad uterina y que inicie modificaciones cervicales, a menos que esa espera signifique riesgo

para el producto o para la madre como podría ser bajo las siguientes condiciones, embarazo prolongado, sufrimiento fetal crónico o agudo, antecedentes de cirugía uterina previa, etc.

La prueba de trabajo de parto es un procedimiento dinámico que permite conocer algunos factores evaluables sólo en ese momento como son el moldeamiento y encajamiento de la cabeza fetal en la pelvis materna gracias a la contractilidad uterina, una vez que se han obtenido las medidas de la pelvis y el volumen de la cabeza. Para iniciar la prueba es necesario conocer las características de la contractilidad uterina espontánea y ver que sean de frecuencia e intensidad normales. Aunque se ha descrito que el comienzo real de la prueba es en el momento de la ruptura de membranas, por el peligro inherente de este procedimiento, no debe hacerse rutinariamente en todos los casos teniendo que seleccionarse éstos y practicarse la amniorrexis con todas las precauciones habituales de asepsia y antisepsia, cerciorándose que no haya probabilidad de provocar un prolapso de cordón umbilical; el momento oportuno es cuando la dilatación cervical ha alcanzado 5 cms. Habrá que vigilar la progresión del parto y las posibles deformaciones plásticas de la cabeza, así como la frecuencia cardíaca fetal y el estado de la madre, debiéndose interrumpir la prueba si se detectan irregularidades. Pasado un tiempo variable según las circunstancias, pero que no ha de pasar de 2 a 4 horas se puede juzgar del resultado de la prueba. Si la cabeza se encaja y desciende sin que haya significado sufrimiento para el feto, el parto podrá resolverse por vía vaginal; si esto no es así deberá practicarse la operación cesárea. El buen juicio del clínico tiene en este momento una gran importancia para no llevar a un abuso en la práctica de la cesárea por tomar una decisión precoz, o a un sufrimiento fetal importante porque la decisión fue tardía.

Finalmente ante la desproporción feto pélvica adquirida, el tratamiento se va a instaurar de acuerdo con las variaciones que impongan la evolución del parto teniendo las siguientes posibilidades: parto espontáneo, parto ayudado con aplicación de fórceps o bien cesárea.

MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Las cifras anotadas en el capítulo de magnitud y trascendencia del tema que se está revisando son altamente significativas de la importancia que tiene por su frecuencia de presentación, la desproporción feto-pélvica. Por otra parte, la evaluación y posibles secuelas en madre y producto revisadas en la historia natural, dan idea de la enorme repercusión que pueden tener el parto distócico por disarmonía no sólo en cualquiera de los componentes del binomio materno fetal, sino también en el grupo familiar y en la sociedad misma.

Es por ello que la prevención en cualquiera de sus niveles es de especial importancia en estos casos. En relación al primer nivel destaca la necesidad de prevenir los padecimientos maternos que puedan provocar estrecheces o deformaciones pélvicas. Pero en función de la mayor frecuencia con que se presenta la desproporción en pelvis normales, resulta aún de mayor importancia el control prenatal que no sólo permite identificar oportunamente posibles anomalías sino también controlar en cierta medida al crecimiento fetal. Por otra parte, el embarazo es una magnífica oportunidad para captar los estados prediabéticos o la diabetes en sus fases iniciales, lo que tiene interés no sólo para el problema de disarmonía feto pélvica sino también para la salud en general de la población.

En relación a la prevención secundaria ya se ha dicho la necesidad de valorar cuidadosamente cada caso a fin de evitar las complicaciones maternas o fetales que pueden llevar a la muerte a ambos o dejar secuelas de importancia en la madre o en el niño.

El tercer nivel de prevención debe orientarse a la madre y al niño según que la distocia haya dejado o no secuelas. En el caso de la madre y si no hubo más problemas que el haber tenido que realizar la operación cesárea para resolver el problema, las medidas estarán encaminadas a evitar que en un nuevo embarazo se presente la misma distancia y ya sea posible o no esto último¹, la orientación en relación a planear su vida reproductiva es una obligación que tiene el médico. Esto último tiene más importancia si el caso terminó con ruptura uterina como complicación.

En cuanto al niño, la vigilancia médica se debe hacer por tiempo prolongado si durante el parto hubo sufrimiento fetal severo, con objeto de rehabilitarlo en caso de que ese sufrimiento dejara alguna de las secuelas ya mencionadas en otro capítulo.

HISTORIA NATURAL DE LA DESPROPORCION FETOPELVICA
PERIODO PREPATOGENICO

FACTORES MATERNOS

CONSTITUCIONAL
Y/O RACIAL
RAQUITISMO
OSTEOMALACIA
LUXACION CONGENITA
TRASTORNOS DEL RAQUIS
LESIONES DEL APARATO
LOCOMOTOR
AFECCIONES LOCALES
SOBRE CADERA
SECUELAS POLIOMIELITIS

FACTORES FETALES

DIABETES
PREDIABETES
OBESIDAD
FACTORES
GENETICOS
ETIOLOGIA
DESCONOCIDA

DEFORMACIONES O
ESTRECHECES PELVICAS

AUMENTO EXCESIVO TOTAL
O PARCIAL DEL FETO

DESPROPORCION FETOPELVICA

PERIODO PATOGENICO

TRABAJO DE PARTO
PROLONGADO

SUFRIMIENTO FETAL

SINDROME DE LUCHA

MUERTE FETAL
IN UTERO

LESIONES
CEREBRALES

ANILLO DE RETRACCION

MUERTE
NEONATAL

RUPTURA UTERINA

PARALISIS
CEREBRAL

MUERTE MATERNA

TRASTORNOS
DE CONDUCTA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—Actualidades en Ginecología y Obstetricia. Pág. 553-556; 564-579; 643-655 XXV Aniversario A.M.G.O. 1970.
- 2.—CASTELAZO AYALA, L.: Libro Homenaje por el XXV Aniversario Profesional. Tomo I. 559-565; 203: 209-217, 1970.
- 3.—Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Simposio sobre Radiología en Obstetricia. Marzo de 1966. Págs. 44-57. Editorial ínter americana.
- 4.—KASSER, O.: Ginecología y Obstetricia. Tomo II. Embarazo y Parto. Editorial Salvat. Págs, 644, 637 y 738. 1971.
- 5.—Praxis Médica. Ginecología y Obstetricia. Tomo 10 fascículos. Ediciones Técnicas. Págs. 10.757, 10.755 y 10.765. 1970.
- 6.—Williams Obstetrics. Appleton Century Crofts. Pág. 853-919; 14th Edition. 1971.
- 7.—POSADA URIOS, F.; GARCÍA PADILLA, A. y ASCOLANI, R.: Consideraciones sobre cesáreas. Ginec. Obst. Mex. 28: 179-188, 1970.
- 8.—AURE, M.; AGÜERO, O.: Cesárea en la Maternidad Concepción Palacios. Ginec. Obst. Mex. 28: 641-651, 1970.
- 9.—RUIZ VELASCO, V.; ESPINOZA DE LOS REYES, L. y SALDAN A, R. H.: Frecuencia e indicaciones actuales de la operación cesárea. Ginec. Obst Mex. 25: 267-282, 1969.
- 10.—TERAN VALLS, M.: Aspectos clínicos de la desproporción cefalopélvica. Ginec. Obst. Mex. 23: 139-255, 1968.