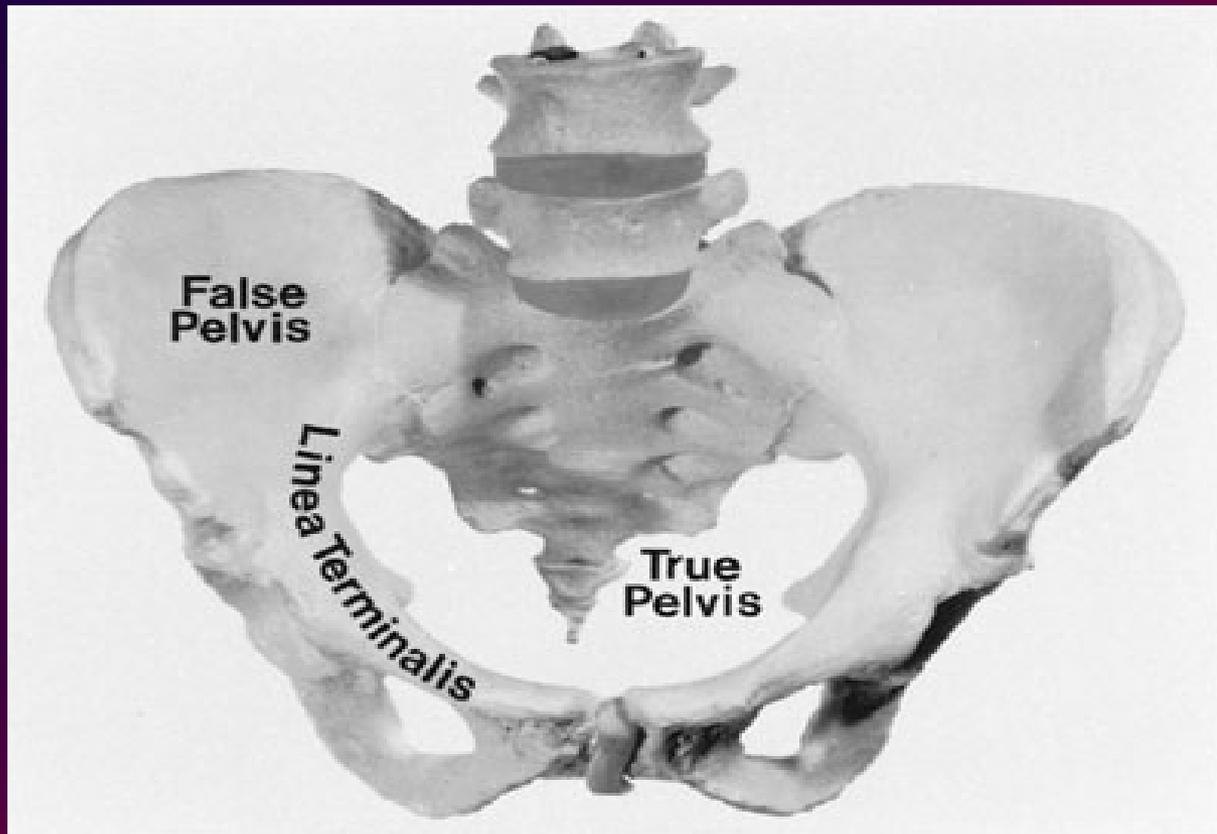


## 1. Pelvis mayor o falsa pelvis.

Situada por encima de la línea innominada, carece de interés obstétrico.

## 2. Pélvis menor o pélvis verdadera.

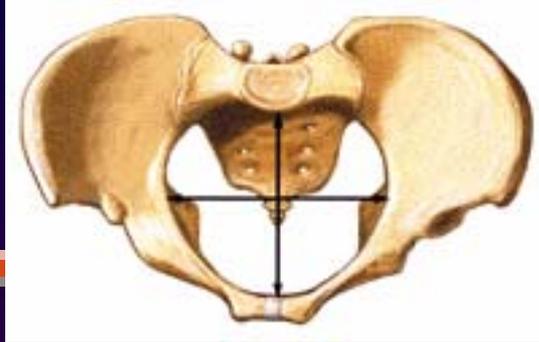
Se encuentra por debajo de la línea innominada constituyendo el canal óseo del parto.



Copyright ©2006 by The McGraw-Hill Companies, Inc.  
All rights reserved.

# TIPOS DE PELVIS.

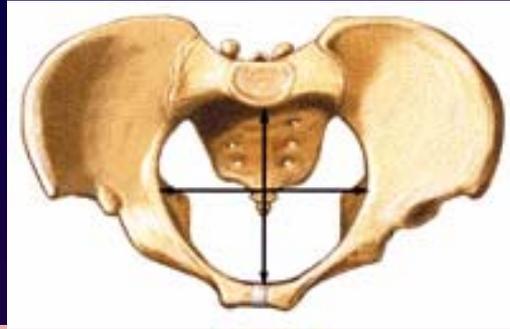
## PELVIS GINECOIDE.



### Características.

1. **Estrecho Superior.** Tiene forma redondeada o ligeramente ovalada.
2. **Diámetro Transverso del Estrecho Superior.** Tiene una longitud generalmente mayor que la del Diámetro Antero-Posterior, cruzándolo en su parte media, siendo iguales en su capacidad los segmentos anteriores y posteriores.
3. **Paredes Laterales de la pelvis.** rectas y paralelas.

# PELVIS GINECOIDE.



4. **Espinas Ciáticas** no prominentes.

5. **Escotadura Sacro-Ciática** de forma redondeada.

6. **Sacro.** Tiene una inclinación y una longitud apropiadas, siendo cóncava su cara anterior.

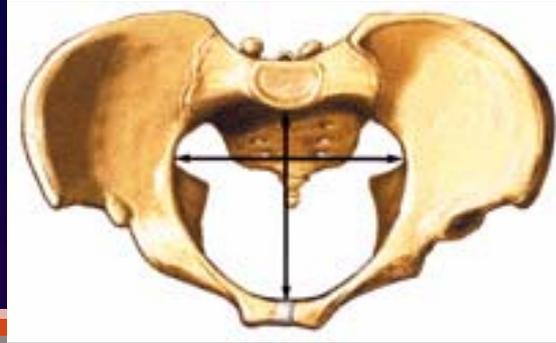
7. **Angulo Subpúbico** de  $90^\circ$ .

# Mecanismo del Parto.

Estrecho Superior: **OIIT/OIDT.**

Estrecho Inferior: **OIIA/OIDA (Directa).**

# PELVIS ANDROIDE.

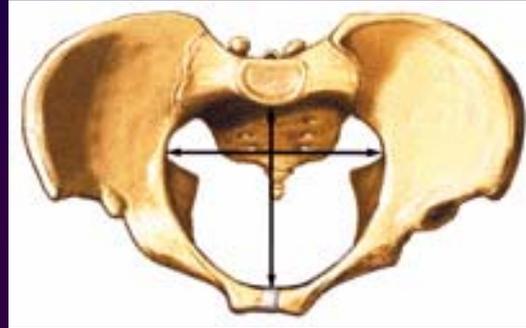


Pelvis masculina. se presentan en el 15-20% de las mujeres.

## Características.

1. **Estrecho Superior.** Tiene forma cuneiforme o triangular, con vértice anterior y base posterior.
2. **Diámetro Transverso y Antero-Posterior del Estrecho Superior.** Tienen una longitud adecuada, cruzando el transverso al antero-posterior cerca del sacro, por lo que el segmento anterior es estrecho y

# PELVIS ANDROIDE.



3. **Paredes Laterales de la pelvis convergentes.**
4. **Espinas Ciáticas prominentes.**
5. **Escotadura Sacro-Ciática estrecha.**
6. **Sacro recto, inclinado hacia delante.**
7. **Angulo Subpúbico agudo ( $< 90^\circ$ ).**

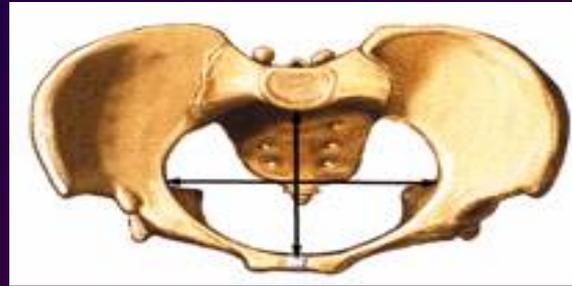
# Mecanismo del Parto.

a) **Estrecho Superior:** OIIP/OIDP.

b) **Permanecen así en el Estrecho Medio.**

c) **Rotación:** Puede rotar a Occípito-  
Posterior (OP) ó a Occípito-Sacra (OS).

## PELVIS PLATIPPELOIDE O PELVIS PLANA.



Es la menos frecuente (5%); en ellas existe una disminución de los diámetros anteroposteriores con aumento relativo de los transversos, aunque éstos también están acortados.

### TIPOS.

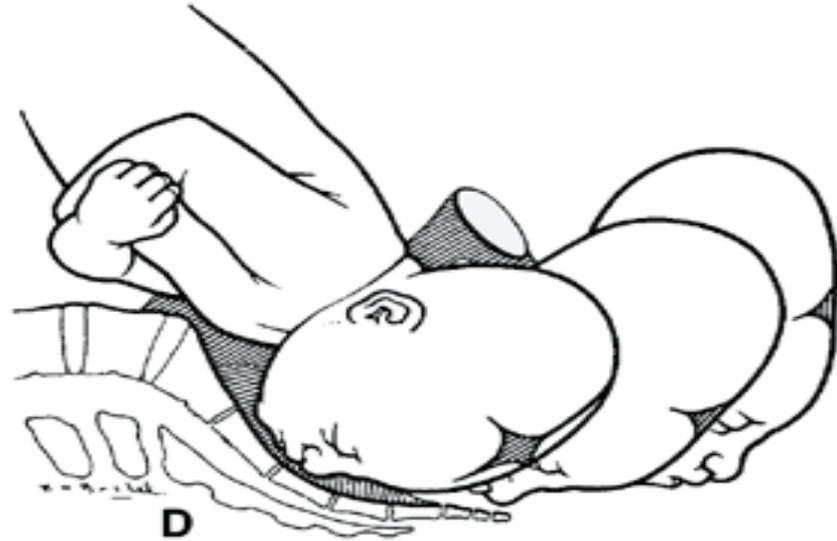
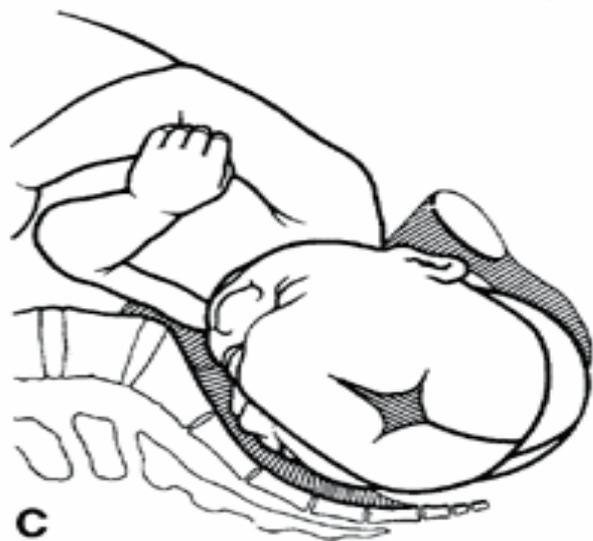
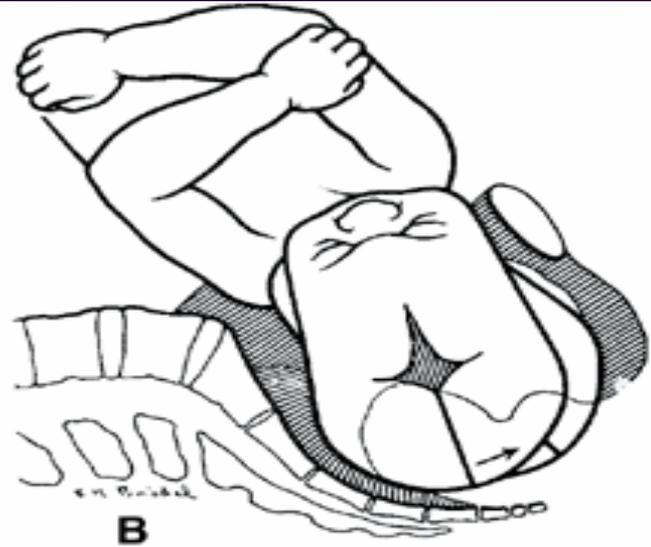
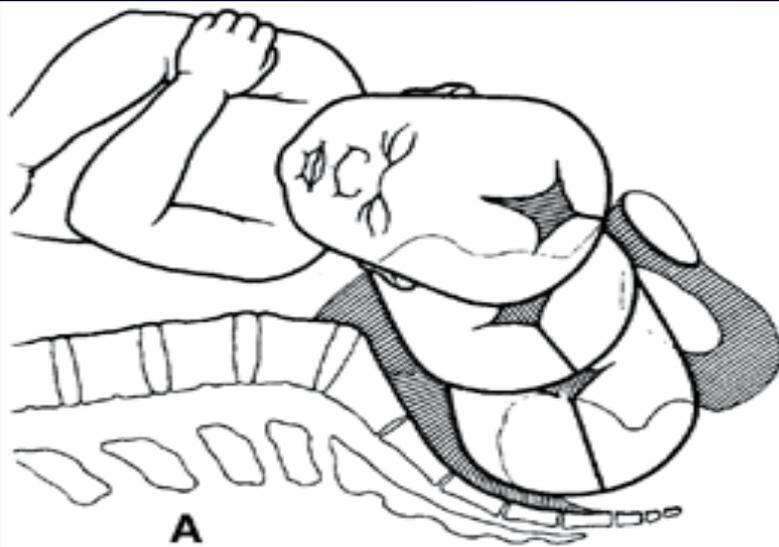
PP Raquíctica.

PP no Raquíctica

# Mecanismo del Parto.

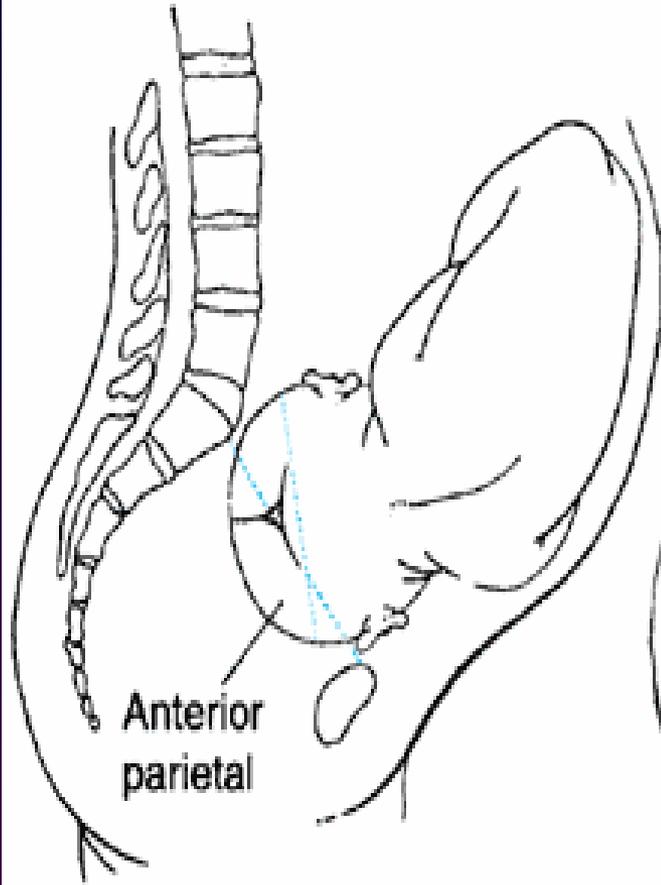
Estrecho Superior: **OIIT-OIDT.**

- La cabeza sin encajar se coloca transversalmente en el estrecho superior en una actitud intermedia entre flexión y extensión.
- El diámetro biparietal (9,5 cm.) se reemplaza por el bitemporal (8,5 cm).
- El encajamiento tiene lugar en asinclitismo anterior.
- La rotación no se puede efectuar, por lo que se da una variedad Transversa Persistente, baja ó profunda.

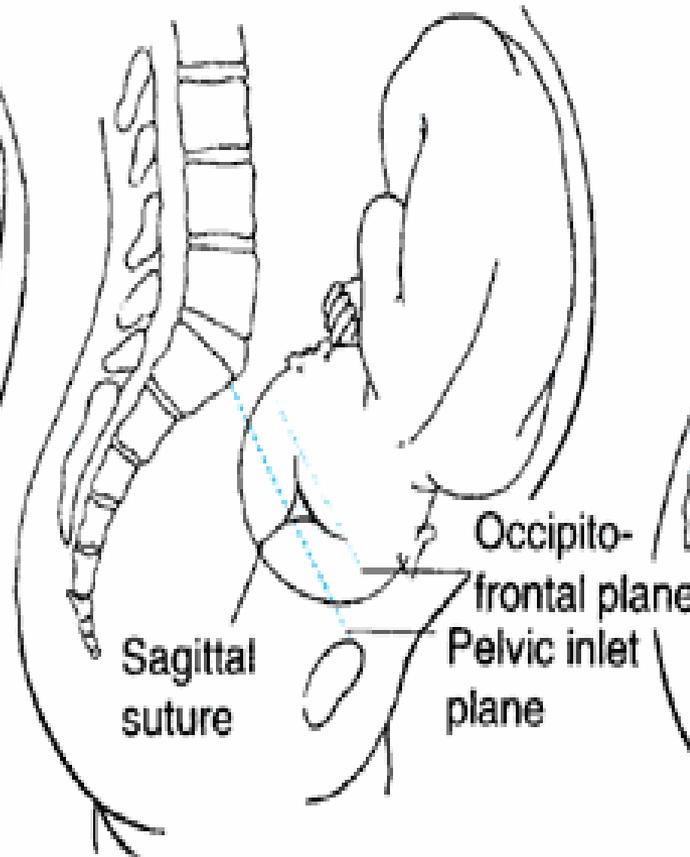


Copyright ©2006 by The McGraw-Hill Companies, Inc.  
All rights reserved.

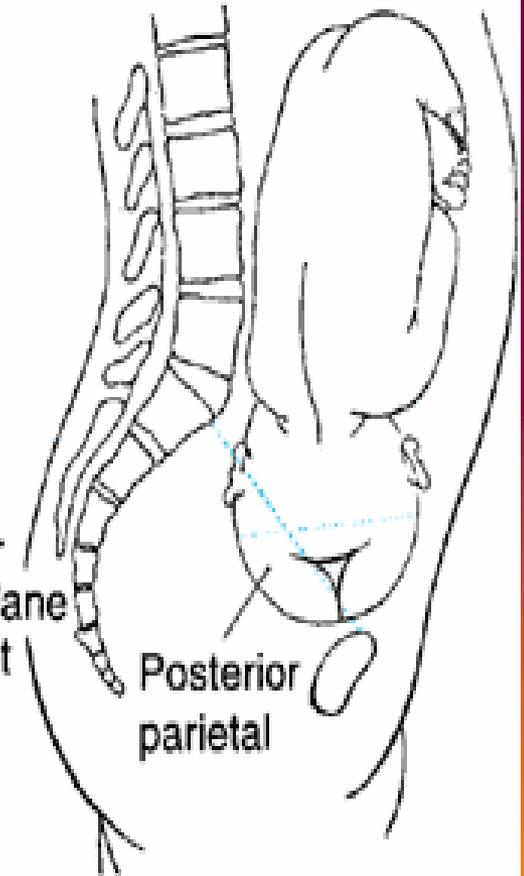
**Anterior asynclitism**



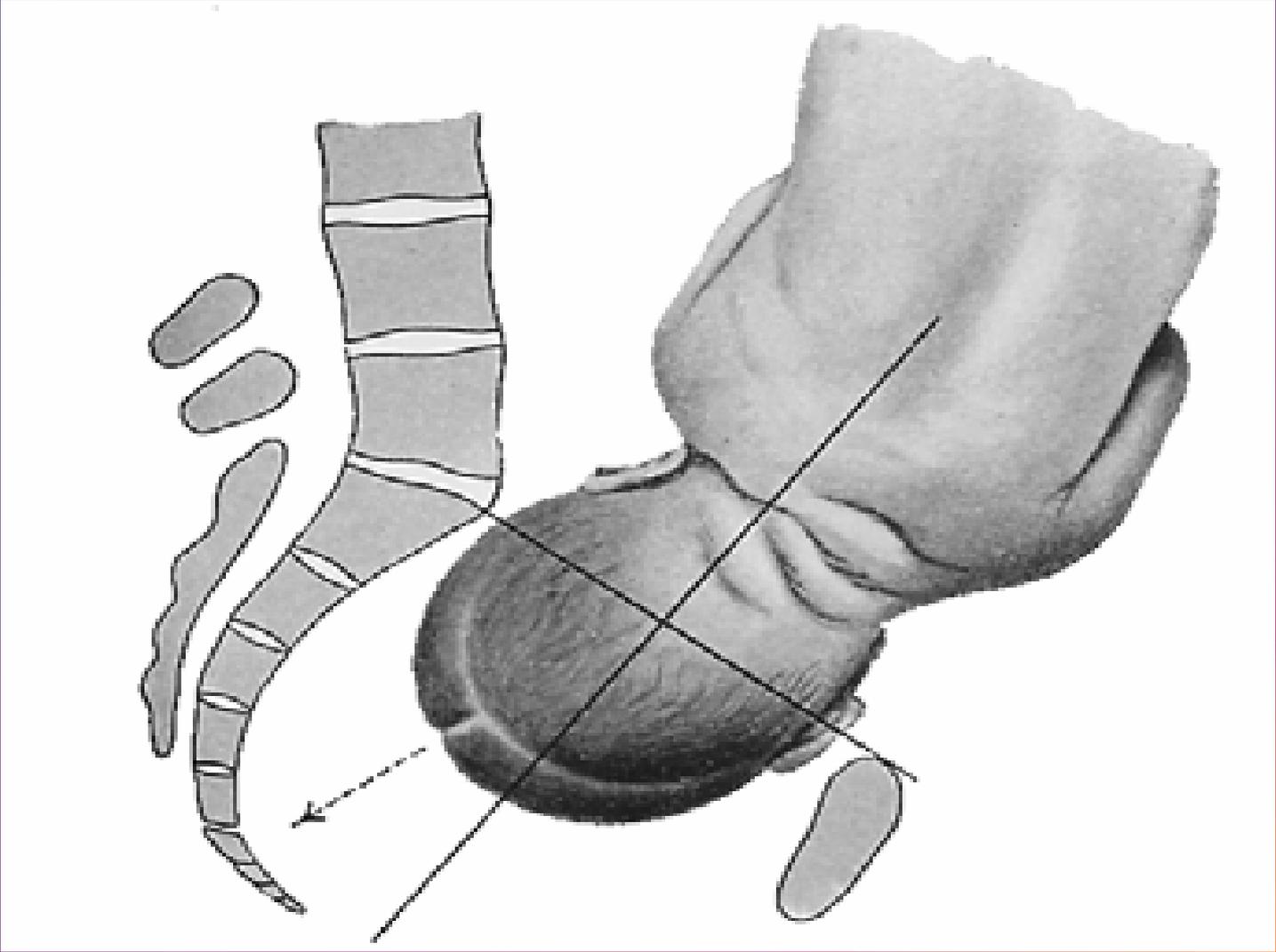
**Normal synclitism**



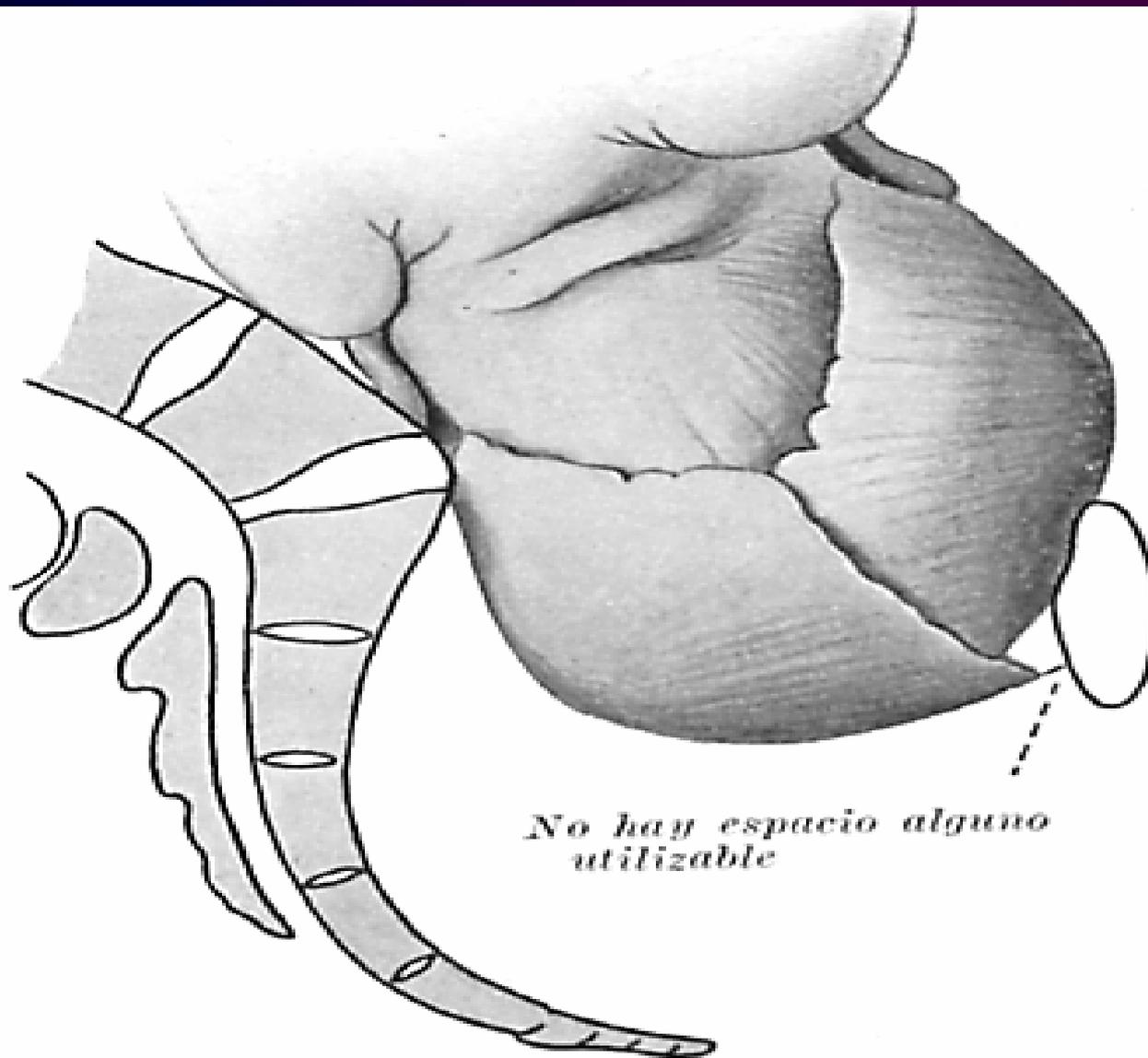
**Posterior asynclitism**



En el *asinclitismo anterior (o de Naegele)* primero desciende el parietal anterior y luego el posterior , y es un mecanismo favorable para pasar por el estrecho superior. Una vez descendido el parietal anterior, éste actúa como punto de apoyo sobre la pared posterior del pubis, y el parietal posterior va girando sobre el promontorio penetrando en la pelvis.

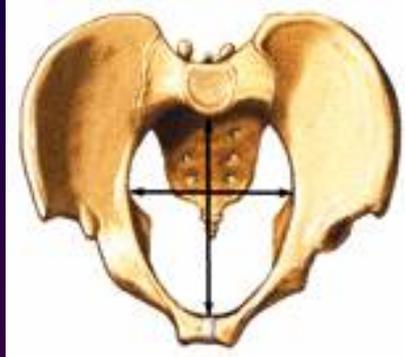


Existe otro mecanismo denominado *asinclitismo posterior (o de Litzmann)*, *que* resultaría un mecanismo desfavorable. Baja primero el parietal posterior y el anterior no puede descender porque tropieza con la cara posterior del pubis, impidiéndose el descenso de la cabeza en el parto.



*No hay espacio alguno  
utilizable*

# PELVIS ANTROPOIDE.



- Se caracteriza por una disminución de los diámetros transversos.
- **Características.**
- **Estrecho Superior.** Tiene forma ovalada con predominio antero-posterior.
- **Diámetro Transverso del Estrecho Superior.** Es menor que el Antero-Posterior.
- **Paredes Laterales de la pelvis .paralelas.**

- **Espinas Ciáticas.** no prominentes.
- **Escotadura Sacro-Ciática** .ancha.
- **Sacro.** muy cóncavo.
- **Angulo Subpúbico.** normal ( $90^\circ$ ) o algo reducido.

### **Mecanismo del Parto.**

Este tipo de pelvis se relaciona con las variedades de posición Occípito-Anterior (OA) u Occípito-Posterior, por lo que se debe sospechar que existe esta variedad de pelvis cuando la cabeza encaja en directa.

# ANOMALÍAS PÉLVICAS:

## En el límite de la normalidad.

- 1) Una variante de la pelvis **ginecoide** sería la llamada *pelvis uniformemente estrechada (pelvis juxta minor)* en la que habría una reducción proporcionada de todos sus diámetros.
- 2) ***Pelvis de Kirchoff o pelvis larga:*** Puede producirse por dos mecanismos:
  - a) **Asimilación de la última vértebra lumbar:** Se asimila al sacro, que pasaba a tener seis piezas aumentando su longitud.
  - b) **Rectificación:** El sacro tiene un aspecto rectilíneo, pues no adopta su curvatura característica que acontece en la pubertad.

## **-PATOLOGÍA MORFOLÓGICA**

- **Por (reducción de uno o varios diámetros u oblicuidad de la pelvis), de origen:**
- **a) Congénito.**
- **b) Adquirido:**
- **\*Carenciales: Raquíticas, osteomalácicas.**
- **\*Traumáticas.**
- **\*Secundarias a otras alteraciones esqueléticas extrapélvicas:**
- **Escoliosis.**
- **Coxalgia.**

# CLASIFICACION DE LAS DISTOCIAS

- *Distocias del motor del parto:*
  - De la musculatura uterina.
  - De la prensa abdominal.
- *Distocias del canal del parto:*
  - Del canal blando del parto.
  - Del canal óseo del parto.

## ***Distocias del objeto del parto:***

### **Del feto:**

- Por anomalías en el tamaño o en la forma.
- Por alteraciones en el número.
- Por anomalías en la situación o presentación.

### **Distocias del mecanismo del parto:**

- De la flexión.
- De la rotación.

### **De los anexos fetales:**

- Placenta.
- Cordón.
- Membranas.

# ETIOLOGIA

1) Factores miogénicos (intrínsecos):

a) Depolarización inadecuada:

1. Trastornos iónicos (Ca, Mg)

2. Trastornos en la inervación.

3. Alteraciones en los receptores.

b) Falta de propagación de la onda contráctil:

1. Alteraciones de las <<Gap Junctions>>.

2. Alteraciones en el gradiente de contracción.

c) Alteraciones en el músculo uterino:

1. Falta de desarrollo (congénito).
2. Aporte inadecuado de carbohidratos, fatiga.

2) Factores neurogénicos(inervación).

- a) Disminución del impulso excitador.
- b) Aumento del impulso inhibitorio.
- c) Incoordinación entre ambos sistemas.

### 3) Factores hormonales(humorales).

- a) Proporción estrógenos-progesterona inadecuada.
- b) Alteraciones en los receptores hormonales.
- c) Alteraciones en las Gap Junctions de origen endocrino.
- d) Alteraciones en el metabolismo de las prostaglandinas.

# **DISTOCIAS DINAMICAS**

**Se tratan de alteraciones de la actividad normal de la musculatura uterina durante el parto, tanto en un sentido ineficiente para dilatar el cuello y hacer progresar el parto, como excesivo, capaz de determinar partos precipitados y graves repercusiones fetales.**

# DISTOCIAS DINAMICAS

## Distocias funcionales del útero

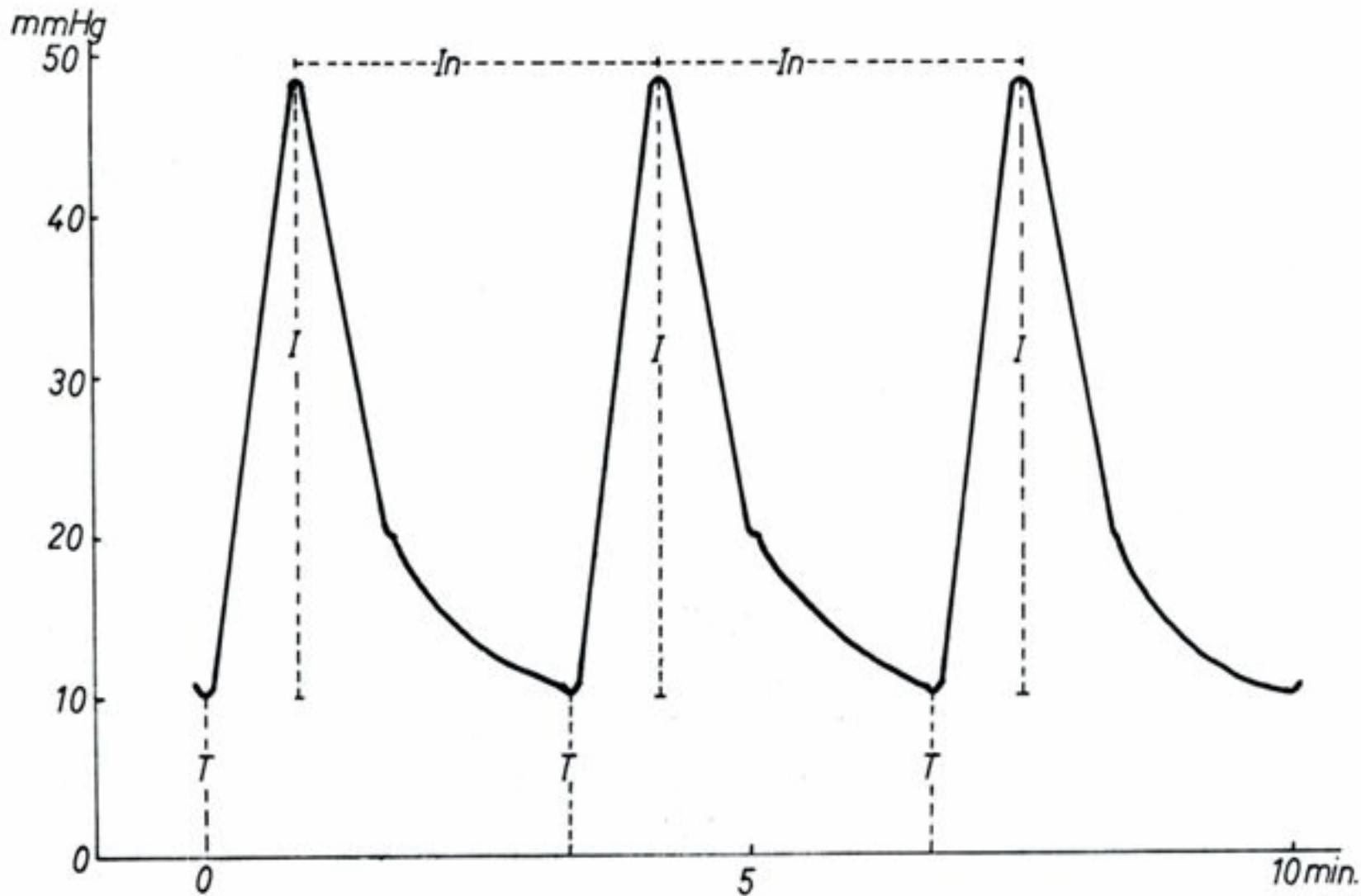
### Alteraciones de la Contractilidad Uterina



# CONTRACCIONES UTERINAS PARAMETROS NORMALES

- **Tono basal:** Se sitúa en 10-12 mm Hg y a penas se modifica a lo largo del parto.
- **-Intensidad:** Aumenta a medida que el parto progresa. Así la intensidad inicial es de unos 30 mm Hg, sobrepasando los 50 mm Hg al final, y llegando a alcanzar los 150 mm Hg cuando se suman los pujos del expulsivo.
- **-Frecuencia:** También aumenta a medida que el parto progresa. Al inicio es de 2 contracciones en 10', aumentando entre 3 y 5 en 10' en fase activa y hacia el final.

- **Coordinación:** Parece no afectar a la progresión del parto, careciendo por lo tanto de un gran significado clínico, pero la situación más frecuente es que las contracciones estén regularmente coordinadas, espaciadas uniformemente en los lapsos de 10' considerados.



T = Tono basal; I = Intensidad; In = Intervalo.

# CLASIFICACION

## □ Alteraciones del tono uterino:

➤+ *Hipotonías: Tono de base < 8 mm Hg.*

➤+ *Hipertonías: Tono de base >12 mm Hg.*

❖ Leves: 12-20 mm Hg.

❖ Moderadas: 20-30 mm Hg.

❖ Graves >30 mm Hg.

□ **Alteraciones de la frecuencia de las contracciones:**

➤ Bradisistolia: *Frecuencia*  $< 2$   
*contracciones/10 minutos.*

➤ Taquisistolia *o* polisistolia:  
*Frecuencia*  $> 5$  *contracciones/10*  
*minutos.*

**Alteraciones de la intensidad de las  
contracciones:**

- + *Hiposistolia: Intensidad de la contracción <30 mm Hg.*
- + *Hipersistolia: Intensidad de la contracción >50-60 mm Hg.*

# IMPORTANTE CONOCER

- Se engloba como hipodinamia a la asociación de bradisistolia con hiposistolia y con el nombre de hiperdinamia a la existencia asociada o única de taquisistolia con hipersistolia y/o hipertonía. Las formas más severas se conocen como *tétanos uterino*.
- Si se utiliza en concepto de *actividad uterina* (como *la intensidad de la misma x la frecuencia = unidades Montevideo*) hipodinamia es la existencia de menos de 100 UM e hiperdinamia si se sobrepasan las 250 UM.

# Alteraciones de la coordinación contráctil

- ***Inversión del triple gradiente descendente:***

Ondas anormalmente ,generalizadas, con origen en las porciones inferiores del útero, siendo en esta zona más intensas y duraderas que en el fondo.

Estas contracciones son totalmente ineficaces para dilatar el cuello uterino aunque ocasionen presiones intrauterinas similares a las de las contracciones normales.

## ***Incoordinación uterina:***

- Aparición de ondas contráctiles antes de que el miometrio esté completamente relajado. Se ha achacado a la presencia de más de un marcapasos fisiológico, pensándose que son menos eficaces que las normales, por lo que pueden enlentecer el trabajo de parto. Según el número de marcapasos ectópicos se consideran de I (2 marcapasos), II (3 marcapasos) o III grado ( $\geq 4$  marcapasos).

