

EL MANEJO DE LA GRAN MULTÍPARA¹

DR. AUGUSTO DÍAZ INFANTE²

La incidencia de multiparidad en México es grande en todos los estratos sociales. Esta condición lleva implícito un riesgo obstétrico real, dependiente de la mayor frecuencia de complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, que ocasionan una morbilidad y mortalidad materno-fetal superior a la que corresponde al estado grávido puerperal en general.

Para reducir este riesgo, la conducta a seguir en el manejo de la gran múltipara, debe basarse en una frecuente y cuidadosa vigilancia prenatal para evitar o tratar adecuadamente las complicaciones que se presentaren. El parto requiere igualmente supervisión acuciosa, para poder reconocer sus desviaciones e intervenir con oportunidad y con los medios más seguros y benignos para la madre y el feto. (GAC. MÉD. MÉX. 97: 1269, 1967).

ES UN HECHO ya bien reconocido que la gran múltipara corre un riesgo más o menos importante en cada estado grávido puerperal, y a medida que la paridad va siendo más numerosa.

La aceptación de esta realidad ha hecho conciencia en nosotros por la experiencia de largos años en el ejercicio activo de la obstetricia; y quienes hemos tenido la oportunidad de cuidar y atender a grandes múltiparas en todos y cada uno de sus embarazos y partos, seguramente llegamos fácilmente a este convencimiento.

La revisión de la literatura publicada en los últimos años, desde las publicaciones positivamente inquietantes de Solomonz y Eastman,¹ son reveladoras de muy elevada mortalidad materna y fetal y aun las más tranquilizantes de los últimos años también llevan a esta misma conclusión.²⁻¹⁵

Con la idea de tratar de fijar lineamientos generales de conducta a seguir en el manejo del estado grávido puerperal en las grandes múltiparas, hemos realizado este estudio comparativo entre un lote de mujeres que han dado a luz en una institución privada, donde todas reciben adecuada atención y vigilancia prenatal y obstétrica, y otro similar perteneciente a una institución asistencial donde prácticamente ninguna asiste a consulta prenatal y el con-

¹ Trabajo de ingreso, presentado en la sesión ordinaria del 5 de octubre de 1966.

² Académico correspondiente, Escuela de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

trol obstétrico es menos riguroso. Respectivamente, han sido designados lote A y lote B.

Consideramos que desde el punto de vista estadístico, el número de casos analizados sólo tiene el valor de un muestreo y que por lo tanto las cifras porcentuales no pueden ser comparables con estudios que suman un número grande de casos; sin embargo sí demuestran adecuadamente la existencia real de un hecho y la comparación de un grupo con otro revelará diferencias válidas.

Siguiendo el criterio más generalmente aceptado consideramos como gran múltipara a la mujer que ha tenido siete o más partos. Se revisaron 1 050 protocolos de partos realizados en los años de 1964 y 1965 en la institución privada, encontrando 230 grandes múltiparas, lo que da una incidencia de 21.90%. Separadamente, se examinaron expedientes de la institución asistencial, de los que 300 corresponden a grandes múltiparas con una incidencia de 30%.

Es necesario asentar que el tipo de mujeres de uno y otro grupo ofrece grandes diferencias: en el grupo A, todas son de clientela privada y corresponden a niveles socioeconómicos y culturales medios o elevados, en tanto que en el grupo B estas características son diametralmente opuestas. La incidencia de gran multiparidad entre nosotros es significativamente alta, siendo mayor en las mujeres de niveles socioeconómicos más bajos.

Las complicaciones encontradas en el embarazo se señalan en la Tabla 1.

TABLA 1
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

	Grupo A	Grupo B
Anemia hipocrómica	10.5%	35 %
Toxemias	5.6%	1.3%
Hipertensión	5.4%	7.5%
Ruptura prematura de membranas	3 %	4.2%
Alteraciones vasculares venosas	23.6%	8.3%

Consideramos como anémicas a las pacientes con menos de 10% gramos de hemoglobina. Esta eventualidad fue constatada en más del doble de frecuencia que la incidencia global en nuestro estudio. La elevada diferencia de anemia entre los grupos A y B, se explica fácilmente por las características y condiciones propias de cada uno.

La incidencia de toxemias (5.6%) es significativamente mayor que la incidencia global de esta complicación en el embarazo.

Hemos englobado en la toxemia todas las formas de la misma y en nuestro estudio la toxemia leve fue, con mucho la más frecuente en el grupo A. Para el grupo B, la incidencia de 1.35% corresponde a eclampsia exclusivamente; se trata de enfermas que ingresaron en crisis convulsivas o después de haberlas sufrido fuera del establecimiento.

La hipertensión fue considerada como tal cuando las cifras eran de 140/90 en adelante y su incidencia alta para las grandes múltiparas puede estar influida por el factor edad en estas pacientes. No catalogamos como hipertensas a las enfermas involucradas en la toxemia.

En las alteraciones venosas consideramos tanto las varices de los miembros

inferiores como las de vulva y abdomen, así como las hemorroides y el varicocele pélvico. Su incidencia es muy superior a la incidencia global y seguramente representa un factor importante en la posibilidad de complicaciones en el puerperio.

La ruptura de membrana complica el embarazo de la gran múltipara con una frecuencia mayor que las parturientas en general y puede encontrar su explicación en la gran frecuencia de presentaciones anormales y situaciones transversas que se observan en la gran múltipara.

Se han tabulado solamente las complicaciones del embarazo que ofrecen una diferencia porcentual importante en la gran múltipara mayor que la incidencia global en nuestro estudio y que por lo tanto pueden considerarse como una peculiaridad.

Las complicaciones del parto se indican en la Tabla 2.

TABLA 2
COMPLICACIONES DEL PARTO

	<i>Grupo A</i>	<i>Grupo B</i>
Situación transversa	1.3%	2.0%
Placenta previa	0.9%	1.7%
Desprendimiento prematuro de placenta	0.4%	1.3%
Procidencia de cordón	0.4%	0.7%
Ruptura uterina	0%	0.7%

Como se demuestra en esta tabla, la situación transversa, placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta y la procedencia de cordón, complicaron en forma significada el parto de las grandes múltiparas, en relación con la incidencia global para cada una de estas complicaciones; se

establece diferencia entre el grupo A y el grupo B de nuestro estudio, explicable por las condiciones etiológicas que propician estas entidades y que indudablemente están más constante y frecuentemente presente en el grupo B.

La ruptura uterina no se registró en el grupo A, lo que expresa ser menor de 1 por 230 partos. En el grupo B, la incidencia de rupturas uterinas fue de 0.66%.

En la Tabla 3, se señala el tipo de parto ocurrido en esta serie:

TABLA 3
TIPO DE PARTOS

	<i>Grupo A</i>	<i>Grupo B</i>
Partos eutócicos	89.5%	78.0%
Partos distócicos	10.4%	22.0%

La distocia se hace presente en las grandes múltiparas con una frecuencia significadamente mayor que para el total de las enfermas cosa ya así demostrada en todas las publicaciones.

Existe marcada diferencia en la incidencia de distocia entre el grupo A y el grupo B; es de más del doble para el segundo, circunstancia atribuible a que en este último grupo aparece una gran cantidad de emergencias, seguramente también a que algunas de ellas se provocan por la inadecuada vigilancia del proceso del parto.

Las incidencias de distocias anotadas en la Tabla 4 son también aquellas que ofrecen diferencia importante entre las grandes múltiparas y las que se presentan en las mujeres de toda paridad.

Por lo presentado en la Tabla 4, en el grupo A, ocupa el primer lugar la

TABLA 4
FORMAS DE DISTOCIA

	Grupo A	Grupo B
Distocia de contracción	17.5%	9.1%
Desproporción feto-pélvica	15 %	13.6%
Presentación viciosa	15 %	18.1%
Placenta previa	10.4%	15.1%
Situación transversa	6.6%	15.1%

distocia de contracción, pues aunque el parto rápido es común en las grandes múltiparas, esta distocia se anotó frecuentemente. Con adecuado manejo se evita la instalación de otra distocia más seria, en caso contrario se la propicia. A este respecto hemos de indicar que se usó en forma amplia pero bien vigilada el control de estos partos con ocitócicos por vía endovenosa no reportándose ningún accidente o complicación por esta causa.

La incidencia menor de este tipo de distocias en el grupo B, es debida a que muchas enfermas con distocia inicial de contracción: hiposistolia, inercia primitiva o secundaria, etc., sólo ingresan a la institución cuando ya está presente otra complicación, sufrimiento materno fetal, procidencia de algún miembro, etc.

Las presentaciones viciosas representan una cifra importante en la distocia; en ellas hemos incluido todas las presentaciones anormales y la de pelvis cuando por sí misma constituyó un problema en el parto. Esta última presentación tiene una incidencia mayor que la global en ambos grupos.

La situación transversa es una forma de distocia común en la gran múltipara. Se anotó diferencia entre ambos grupos,

mayor en la B. Esta preponderancia es atribuible con seguridad a que la relajación uterina ocasionada por alteraciones en la estructura de ese músculo, tales como disminución de fibras musculares y tejido elástico e hialinización de vasos, etc., y que son factores determinantes de esta alteración, son más frecuentes en las pacientes del grupo B. La relajación grande de la pared abdominal también se suma como causa de esta complicación.

La placenta previa de alta incidencia en las grandes múltiparas también es mayor en el grupo B y las alteraciones arriba anotadas en la estructura uterina nos dan igualmente su explicación. Todas las otras formas de distocia no ofrecieron diferencias entre las grandes múltiparas y la incidencia global dignas de tomarse en cuenta.

En la operatoria obstétrica sólo hemos considerado toda intervención encaminada a resolver una distocia, pero sin englobar las que se consideran habituales en el intervencionismo obstétrico con que se maneja actualmente el parto.

No parece que ofrezca ninguna característica especial la operatoria obstétrica en la gran múltipara y solamente se hace notar en la tabla 5, la incidencia mayor de ella en relación con la incidencia global en nuestro es-

TABLA 5
OPERATORIA OBSTETRICA

	Grupo A	Grupo B
Gran múltipara	10.4%	22 %
Incidencia global en el estudio	6.3%	12.1%

tudio, y que está en relación con la frecuencia de la distocia.

La operación cesárea (Tabla 6) constituye la intervención, con mucho, más frecuentemente empleada en el tratamiento de la distocia y ofrece también una mayor incidencia en la gran multipara en relación con la incidencia global. Este hecho representa indudablemente un mayor riesgo obstétrico en la multiparidad.

TABLA 6
OPERACION CESAREA

	Grupo A	Grupo B
Incidencia en gran multipara	5.2%	7 %
Incidencia global en el estudio	4.8%	5.3%
Incidencia en las distocias	42.8%	63.6%

Todo otro tipo de intervención obs-trétrica no ofrece diferencias dignas de anotar estando en relación solamente con la distocia a resolver y su propia incidencia,

La complicación más significativa del alumbramiento la constituye la hemorragia, que tiene incidencia muy superior a la global de nuestro estudio; la frecuencia mayor corresponde a la atonía post-parto y en número decreciente por laceraciones de cuello y re-

TABLA 7
COMPLICACIONES DEL ALUMBRAMIENTO

	Grupo A	Grupo B
Hemorragia postparto	3.9%	9 %
Retención y extracción de placenta	1.3%	2.6%

tención de restos placentarios (Tabla 7).

La extracción manual de placenta fue practicada con más frecuencia en la gran multipara y casi siempre estuvo ligada a hemorragia.

En este capítulo de hemorragia hemos tabulado solamente los casos que requirieron transfusión sanguínea. Esto representa que la necesidad del empleo de sangre fue mucho mayor que para las pacientes de toda paridad.

Mortalidad materna. La mortalidad materna dio una incidencia alta de 0.7% para el grupo B. Aunque no se registró mortalidad en el grupo A, esto es seguramente debido al poco número de casos comprendidos en el estudio.

Aunque algunos autores observan cifras de mortalidad igual o muy semejante en la gran multipara y en la generalidad de las mujeres que dan a luz, son más numerosos los informes en sentido contrario. De lo publicado en México, las mortalidades reportadas oscilan entre 0.1% y 0.7% en nuestro estudio que parece ser el más alto.

TABLA 8
MORTALIDAD FETAL

	Grupo A	Grupo B
Nacidos muertos	2 %	3 %
Mortalidad neonatal	1.5%	4.2%

La mortalidad fetal aparece invertida en cifras de incidencia entre el grupo A y el grupo B, y aunque no se enfocó el estudio en este aspecto, se puede considerar que la predominancia de la mortalidad neo-natal en el grupo B, es debido fundamentalmente a la

prematuridad, cuya cifra de mortalidad es alta globalmente en ese grupo. (Tabla 8).

COMENTARIO

Como ya ha sido reconocido en otros estudios, la anemia representa la complicación más frecuente en la multiparidad y sabiendo que el metabolismo y los requerimientos de hierro en la embarazada son mayores, la naturaleza ferropriva de la misma y su posibilidad de control es fácil de aceptar. La incidencia reconocida para el grupo A, ha sido tomada en enfermas que en alguna de las consultas acusaron anemia pero al llegar al parto esta incidencia bajó a niveles muy inferiores. No es difícil explicar la mayor incidencia de anemias en el grupo B, dadas las características nutricionales de esas pacientes; todas fueron reconocidas en el trans-parto o en el puerperio inmediato, es decir, que constituyeron la condición final del embarazo durante el parto.

La toxemia indudablemente más frecuente en las grandes múltiparas posiblemente encuentre su explicación en la mayor incidencia de hipertensión; sin embargo, en nuestro estudio el grupo A, ofreció una predominancia de pre-eclampsia leve y mucho menor de pre-eclampsia severa que fue controlada y resuelto el parto antes de llegar a la eclampsia.

Para el grupo B, la cifra anotada corresponde exclusivamente a eclampsia en grandes múltiparas, que ingresaron ya en esta condición. Esto indica que la toxemia en sus formas menos graves y controlables no se reconoció ni

trató por no haber recibido vigilancia prenatal.

La hipertensión con cifras de incidencia mayores que la global de los estudios constituye una complicación que puede ser factor determinante para la toxemia y su control adecuado seguramente disminuirá esta posibilidad.

Las alteraciones ya bien conocidas que se presentan en el útero de la gran múltipara y que consisten principalmente en aumento del drenaje venoso de la porción inferior del útero, disminución de las fibras musculares y del tejido elástico, hialinización de los vasos, así como la existencia de atrofia endometrial como resultado de ciertas deficiencias hormonales, se sugieren como causas que propician la mayoría de las complicaciones del estado grávido puerperal: placenta previa, situación transversa, posiciones viciosas, ruptura uterina. En relación con la atrofia del endometrio y deficiencias hormonales se pudo reconocer en el estudio del grupo A una incidencia de abortos de más del doble en las grandes múltiparas. En estos abortos anotamos en más de la mitad la condición de huevo muerto y retenido para los cuales estas alteraciones constituyen un factor importante en su producción.

La morbilidad materna es mayor en la gran múltipara, y la mortalidad materna, de acuerdo con la mayoría de las publicaciones extranjeras consultadas y todas las publicadas en nuestro país también es mayor; aunque es significativamente menor que la expresada en reportes de hace tres décadas.

Por lo que a nosotros respecta, pensamos que en lo general es aún una

meta por alcanzar llevar la mortalidad en la gran múltipara a cifras iguales o muy semejantes a las que nos ofrece una buena y adecuada asistencia del estado grávido puerperal de la mujer; sin embargo la marcada tendencia a las complicaciones del parto que causa la multiparidad y que representa siempre un riesgo obstétrico apreciable, nos hace prever que la gran múltipara pagará siempre un tributo mayor en el cumplimiento de su noble y abnegada misión de la maternidad.

De este estudio comparativo de dos lotes similares de enfermas con características biológicas, socio-económicas y culturales tan opuestas; uno correspondiente a clientela privada, atendida y vigilada en su estado grávido puerperal adecuadamente y el otro de asistentes a un centro asistencial sin ninguna vigilancia prenatal, ya que no es posible considerar como tal la asistencia a una o dos consultas durante el embarazo, nos permite reconocer que el manejo más adecuado de la gran múltipara debe consistir en una frecuente y adecuada vigilancia prenatal, evitando y tratando eficazmente las complicaciones frecuentes del embarazo, disminuyendo así mayores riesgos y complicaciones en el acto del parto. Asimismo, el acto obstétrico deberá vigilarse y seguirse con acuciosidad para intervenir oportuna y eficazmente al reconocer la distocia empleando para su resolución la operatoria obstétrica más adecuada y benigna para la madre y el feto, como resultado de su acertada indicación y correcta ejecución.

Es necesario, por último, hacer conciencia de que la gran múltipara repre-

senta siempre un riesgo obstétrico importante que hace frecuente la morbilidad y más alta la mortalidad de estas mujeres.

La gran múltipara exige una correcta actuación, sin excesivo temor ni grande seguridad que desvíen nuestra conducta. Esta exigencia se justifica si consideramos el elevado valor humano, social y familiar que tiene la vida de una madre que lo es de gran número de hijos. Pensamos que esta realidad obstétrica, esta sombra que se cierne sobre las madres prolíficas, constituye un buen argumento en favor de una planeación familiar consciente, digna y generosa.

REFERENCIAS

1. Solomons, B.: *The dangerous multipara*, Lancet, 2: 8, 1934.
2. Beltrán Suárez, R.: *Estado grávido puerperal en la gran múltipara*, Ginec. y Obst. de Méx. 20: 219, 1965.
3. Eastman, J. N.: *Obstetricia*, México, Edit. Uteha, 1960.
4. Eastman, J. N.: Citado por Quinlivan, L. W. (Ref. 13).
5. Fuchs, K. y Peretz, A.: *The problem of the grand multipara; a review of 1677 cases*, Obst. & Gynec. 18: 719, 1961.
6. Garnet, J. O.: *Uterine rupture during pregnancy. An analysis of 133 patients*, Obst. and Gynec. 23: 898, 1964.
7. González Galván, C.: *Problemas obstétricos de la gran múltipara*, Ginec. y Obst. de México, 21: 65, 1966.
8. Higdon, A.: *Pregnancy in the women over forty*, Am. J. Obst. & Gynec. 80: 38, 1960.
9. Israel, S. L. y Blazar, S. A.: *Obstetric behavior in the grand multipara*, Am. J. Obst. & Gynec. 91: 326, 1965.
10. Karschmer, S.: *El problema obstétrico de la gran múltipara*, Mem. I Jornada bienal del Hosp. de Ginec. y Obst. No. 1, I.M.S.S. Tomo II: 535, 1964.
11. Nelson, J. y Sandmeyer, M.: *A study of 812 gran multiparas*, Am. J. Obst. & Gynec. 75: 1262, 1958.

12. Oxorn, H.: *Hazards of grand multiparity*. Obst. & Gynec. 5: 150, 1955.
13. Quinlivan, L. W.: *Maternal death rates and incidence of anomalies in woman parity VI or more*. Obst. & Gynec. 23: 451, 1964.
14. Routi, A.: *La edad avanzada y su influencia sobre el embarazo y parto*. Ginec. y Obst. Méx. 18: 393, 1963.
15. Scharfman, E. y Silverstein, C.: *The gran multipara. A survey of 403 cases*. Am. J. Obst. & Gynec. 84: 1442, 1962.

COMENTARIO OFICIAL

DR. ENRIQUE GUTIÉRREZ MURILLO¹

POR ENCARGO de la Mesa Directiva de la Academia Nacional de Medicina, me toca en suerte comentar el trabajo de ingreso que el Dr. Augusto Díaz Infante, de San Luis Potosí, presenta en esta Academia.

Dicho trabajo es fruto de la dilatada experiencia que en el campo obstétrico tiene el autor. En él se examinan dos grupos de enfermas: uno formado por 230 grandes multiparas, comparándolo con un grupo de 300 grandes multiparas que acudieron para ser atendidas en el Hospital General de San Luis Potosí. Estamos de acuerdo con el autor del trabajo y la mayoría de las personas que se han ocupado del tema, en considerar grandes multiparas a las mujeres que han tenido 7 embarazos o más.

Es interesante el haber examinado estos dos grupos de mujeres obtenidas de tan distinta extracción económico-social porque esto nos enseña que la morbilidad y la mortalidad son distintas, probablemente no por ser grandes multiparas sino por estar mejor cuidadas unas que las otras.

Pese al progreso en la Obstetricia moderna, pese a que la medicina de la Seguridad Social se ha extendido en todos los ámbitos de nuestra Patria, a la conciencia de muchas mujeres aún no llega el convencimiento de que el embarazo es un proceso biológico que debe ser vigilado en un servicio médico,

periódicamente, durante toda su evolución. La mortalidad y la morbilidad de este proceso se reduce enormemente en aquellas mujeres que han sido vigiladas, comparando con aquellas que se presentan para ser atendidas del parto, muchas veces sufriendo una complicación importante.

El trabajo del Dr. Díaz Infante hace énfasis en este hecho, al comparar cada una de las complicaciones del embarazo, del parto y del alumbramiento, haciéndonos ver también la necesidad de intervenir con más frecuencia en las enfermas de hospital que en la clientela privada. Nos hubiera gustado que el Dr. Díaz Infante nos hiciera saber la edad promedio de las mujeres que formaban ambos grupos, pues es evidente que los padecimientos que acompañan o complican al embarazo y al parto, son distintos según se trate de mujeres jóvenes o de mujeres de edad avanzada. Así, por ejemplo, en un trabajo elaborado sobre el mismo tema en la Maternidad Núm. 1 del Seguro Social, por Karchmer y colaboradores, se reporta que el 65% de las grandes multiparas estudiadas eran mujeres jóvenes cuya edad máxima apenas llegaba a 35 años; en otros medios, por ejemplo, en la colonia española de México, en que las mujeres se casan más tardíamente, en que por razones étnicas menstrúan y siguen ovulando más tiempo que el promedio de las mujeres de México, es frecuente encontrar grandes multiparas de

¹ Académico numerario. Hospital Español de México.

edad muy superior a los 35 años, y es lógico suponer que el cortejo patológico que acompaña a unas y a otras debe ser distinto. Así, por ejemplo, en el Hospital Español vemos con cierta frecuencia mujeres hipertensas, diabéticas, fibromiomas, etc., cosa que no informa el Dr. Díaz Infante en su trabajo.

Era de esperarse que la anemia hipocrómica sea más frecuente en las enfermas que asisten al Hospital General, que en las que pertenecen a una clase económicamente mejor y que lógicamente se encuentran mejor alimentadas. Respecto de las toxemias, hay que notar que en otros estudios, por ejemplo, el ya citado de Karchmer, se da una cifra más alta que la que reporta el Dr. Díaz Infante; ellos encontraron 15.87% de frecuencia de toxemias contra 5.6% en el lote de la clientela privada y 1.35% en el lote del Hospital General. Respecto de la hipertensión, no podemos valorarla puesto que no tenemos los datos de las edades de las enfermas. Por lo que se refiere a la ruptura prematura de membranas, las cifras que menciona el Dr. Díaz Infante son más bajas que las obtenidas en otros medios; así, por ejemplo, en la Maternidad Núm. 1 del Seguro Social se presentó la ruptura prematura de las membranas en 7.83% de los casos contra 3 y 4.2% en los dos grupos estudiados por el Dr. Díaz Infante.

En la Tabla 4 de su trabajo, el Dr. Díaz Infante tabula las formas de distocia observadas por él en sus enfermas, y vemos que las distocias de contracción dan una cifra muy alta. En el trabajo de Karchmer y col. se reporta 1.31% contra 17.5% y 9.09% en las enfermas del Dr. Díaz Infante; en cambio, la desproporción feto-pélvica tiene cifras infinitamente menores que las observadas en el Seguro Social. Las presentaciones viciosas se presentaron más frecuentemente en las pacientes del Dr. Díaz Infante. Respecto las placentas previas, las cifras están comprendidas más o menos entre las señaladas por otros autores, lo mismo que las de situación transversa. Estas cifras altas de complicaciones del embarazo y problemas del parto en la estadística del

Dr. Díaz Infante, comparada con la mortalidad de los grupos analizados, habla muy alto de la preparación y pericia técnica de las gentes que ha formado y trabajan con él, pues a pesar de tener una proporción más alta de distocias, la mortalidad materna es de 0% en el grupo de enfermas de clientela privada y de 0.68% en las enfermas del Hospital General. La morbilidad general no ha sido indicada en el trabajo del Dr. Díaz Infante, pero suponemos que el número de complicaciones infecciosas (endometritis, infección de heridas quirúrgicas, septicemias), retención de restos placentarios, hemorragias pospartum, embolias y semejantes, debe ser similar a la de otros centros hospitalarios.

En la Tabla 6 del trabajo que comentamos, referente a la operación cesárea, se obtienen cifras un poco más altas que las obtenidas en otros medios; nos hubiera gustado que el autor hubiera indicado cuáles fueron los motivos por los que se practicó esa operación. Nosotros tenemos la impresión de que las causas habituales por las que esta operación se practica en las grandes múltiparas son en orden de frecuencia: desproporción céfalo-pélvica, placenta previa, cesárea iterativa, distocia de contracción, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera y sufrimiento fetal, y las más raras son indicadas por presentaciones viciosas y cáncer del cérvix. Es una suerte que en las 530 enfermas analizadas en el trabajo del Dr. Díaz Infante no se haya presentado ningún tumor uterino asociado al embarazo, ni miomas, ni cáncer del cérvix. Como se sabe, los fibroleiomiomas del útero se encuentran, según distintas estadísticas, en un porcentaje variable entre 1.7 y 2.3 y con frecuencia complican el embarazo y el parto, así vemos en la serie de Tisné y Anselmo que en 242 enfermas que presentaron fibromas, hubo un 17.5% de cesáreas, 45.8% de partos vaginales y 36.7 de aborto. Refiriéndonos al cáncer del cérvix, hay que recordar que el cáncer en estadio 0 se presenta hasta en un 0.55% según Carter, de las mujeres con embarazo o puerperio inmediato y que el cáncer invasor tiene, según distintas

estadísticas, una frecuencia variable entre 1×213 , en la estadística de Carter y $1 \times 10,500$ en la del Mount Sinai Hospital.

Estamos totalmente de acuerdo con el Dr. Díaz Infante, en la afirmación de que "el manejo más adecuado de la gran multipara, debe consistir en una frecuente y adecuada vigilancia pre-natal, evitando y tratando eficazmente las complicaciones frecuentes del embarazo, disminuyendo así mayores riesgos y complicaciones en el acto del parto". Esta afirmación tan categórica no se compagina con la conclusión, en que dicho autor dice textualmente: "pensamos que esta realidad obstétrica, esta sombra que se cierne sobre las madres prolíficas constituye un buen argumento en favor de una planeación familiar consciente, digna y generosa", y no está de acuerdo porque considera aconse-

jable limitar los embarazos por razón de la demuestra que la mortalidad en el grupo de enfermas vigiladas es de 0% y la morbilidad no se aparta de los habitual en el resto de las enfermas embarazadas. No vemos pues por qué tenga que limitarse el número de hijos en razón de la multiparidad en sí y, en cambio su trabajadad. Yo creo que debe insistirse, sobre todo, en la vigilancia estricta durante el embarazo, en la atención desde el principio del parto con vigilancia adecuada del mismo, para obtener buenos resultados.

Reciba el Dr. Díaz Infante las más calurosas felicitaciones por su ingreso a esta Academia que espera de sus conocimientos, experiencia y entusiasmo, una colaboración ilimitada y fructífera en las labores de nuestra institución.