

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

**DIÁSTASIS DE LA SÍNFISIS PÚBICA POST PARTO VAGINAL
EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE,
LIMA - 2022**

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado por:

Lic. Obst. Mery Isabel Sanchez Ramirez

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas

**LIMA- PERÚ
2025**

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

DIÁSTASIS DE LA SÍNFISIS-PÚBICA POST PARTO
VAGINAL EN EL HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE,
LIMA – 2022

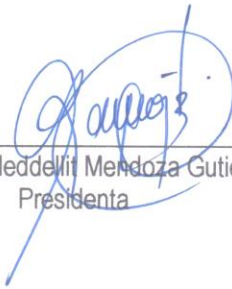
TRABAJO ACADÉMICO

Presentado por:

Lic. Obst. Mery Isabel Sánchez Ramirez

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:
Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas

Aprobada por **unanimidad** ante el siguiente jurado:



Dra. Karen Meddelin Mendoza Gutierrez
Presidenta



Dra. Nery Rafael Bernabé
Secretaria



Dra. Soledad Carmen Sotelo Gonzales
Vocal



Dra. Soledad Carmen Sotelo Gonzales
Asesora



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Dra. Soledad Carmen Sotelo Gonzales**, en mi condición de asesora acreditada con Resolución de Facultad N° 139-2024-SEP/FACS-UNJBG del 21 de agosto de 2024, de la Trabajo Académico titulado: **DIÁSTASIS DE LA SÍNFISIS PÚBLICA POST PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, LIMA - 2022**, presentado por la Lic. Obst. Mery Isabel Sanchez Ramirez. Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y similitud de trabajos de investigación y producción intelectual de la UNJBG; considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 9 %. Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD del Trabajo Académico enunciado líneas arriba, la cual está expedita para continuar con los trámites para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas, según corresponda para su publicación en el Repositorio Institucional.

Tacna, 08 de agosto de 2025.

FIRMA ASESORA
Nombres y Apellidos: Soledad Carmen Sotelo Gonzales
DNI: 22093767



Huella dactilar

FIRMA AUTORA
Nombres y Apellidos: Mery Isabel Sanchez Ramirez



Huella dactilar

DEDICATORIA

A Dios por darme la salud y fortaleza para cumplir mis objetivos personales.

A mi familia; A mi madre Gabriela, esposo Wilfredo y a mis hijos: Harold, Gabriela y Jenny, por su constante apoyo en las distintas etapas que he cursado a través de mi formación profesional.

A mi asesora Soledad Sotelo Gonzales, por su constante apoyo a lo largo del desarrollo de mi trabajo académico.

A nuestros docentes por su dedicación y entrega a la labor docente que nos fortalecieron con su experiencia de trabajo

AGRADECIMIENTO

A todos los profesionales obstetras del Perú que fueron integrantes de la especialidad y que con su experiencia nos fortaleció en la formación como especialista de Alto Riesgo en Obstetrico y Emergencias Obstetrica.

Mi agradecimiento eterno a mi asesora Soledad Sotelo Gonzales y demás equipo docente.

A todos ustedes gracias por compartir sus conocimientos.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción del problema.....	3
1.2 Formulación del problema.....	5
1.3 Justificación e importancia.....	5
1.4 Objetivos.....	6
1.4.1 Objetivo general.....	6
1.4.2 Objetivos específicos.....	6
CAPÍTULO II MARCO CONCEPTUAL	7
2.1 Diástasis de la Sífnisis Púbica.....	7
2.2 Definición.....	7
2.3 Clasificación.....	7
2.4 Incidencia.....	8
2.5 Etiología.....	8
2.6 Factores de riesgo o factores determinantes.....	9
2.7 Fisiopatología.....	12
2.8 Formas clínicas.....	13
2.8.1 Forma aguda traumática o del parto.....	13
2.8.2 Forma subaguda o crónica.....	13
2.8.3 Forma asintomática.....	13
2.9 Exámenes auxiliares.....	14
2.10 Tratamiento.....	14
2.11 Complicaciones.....	15
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	18
Historia clínica.....	18

3.1.8 Epicrisis.....	35
DISCUSIÓN	38
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	48

RESUMEN

El **objetivo** del presente estudio de caso fue analizar el manejo clínico de una paciente con diástasis de la sínfisis púbica en el posparto vaginal, evaluando los signos y síntomas asociados, así como los factores maternos y fetales implicados. **Método:** Análisis documental de caso clínico de una gestante múltipara de 41 semanas de gestación, quien ingresó por emergencia al Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima, en el año 2022. **Resultados:** Se produce parto vaginal con distocia de hombros, se realizó Maniobra de McRoberts, obteniendo un recién nacido de sexo femenino, con un peso de 4399 gramos, Apgar 8 al minuto y 9 a los 5 minutos. Líquido amniótico Meconial espeso. Tras el parto vaginal, paciente presenta dolor intenso en zona pélvica y dificultad para la movilización de miembros inferiores, identificándose la presencia de diástasis de sínfisis púbica, mediante examen radiológico. El manejo fue conservador para estabilizar la pelvis y controlar el dolor. **Conclusión:** El diagnóstico y tratamiento precoz de la diástasis de la sínfisis púbica, junto con un seguimiento clínico adecuado, son fundamentales para reducir la morbilidad a largo plazo. El tratamiento quirúrgico puede ser necesario en casos donde el manejo conservador no es efectivo para controlar el dolor y mantener la estabilidad pélvica.

Palabras clave: Diástasis de sínfisis púbica, posparto, dolor pélvico.

ABSTRACT

The **objective** of this case study was to analyze the clinical management of a patient with pubic symphysis diastasis in the vaginal postpartum period, evaluating the associated signs and symptoms, as well as the maternal and fetal factors involved. **Method:** Documentary analysis of a clinical case of a multiparous pregnant woman at 41 weeks of gestation, who was admitted to the Hipólito Unanue National Hospital in Lima as an emergency in 2022.

Results: Vaginal delivery with shoulder dystocia occurred. The McRoberts maneuver was performed, obtaining a female newborn, weighing 4399 grams, Apgar score 8 at 1 minute and 9 at 5 minutes. Thick meconium amniotic fluid. After vaginal delivery, the patient presented severe pain in the pelvic area and difficulty mobilizing the lower limbs. The presence of pubic symphysis diastasis was identified by radiological examination. The management was conservative to stabilize the pelvis and control pain.

Conclusion: Early diagnosis and treatment of pubic symphysis diastasis, along with adequate clinical follow-up, are essential to reduce long-term morbidity. Surgical treatment may be necessary in cases where conservative management is ineffective in controlling pain and maintaining pelvic stability.

Keywords: Pubic symphysis diastasis, postpartum, pelvic pain.

INTRODUCCIÓN

La diástasis de la sínfisis púbica (DSP) representa una complicación obstétrica inusual que suele pasar desapercibida en la práctica clínica. Se manifiesta como una separación anómala de los huesos del pubis, ya sea en el transcurso o tras el parto. A pesar de su baja frecuencia, puede generar efectos clínicos significativos, entre ellos dolor pélvico intenso, dificultades en el movimiento y problemas para caminar, lo que impacta negativamente en la calidad de vida de quienes la padecen (1,2).

Aunque la DSP tiene implicancias clínicas importantes, su presencia en la literatura especializada en obstetricia es escasa. Esta escasa difusión ha llevado a una baja sensibilización entre los profesionales de la salud respecto a su diagnóstico y tratamiento (2,3). En consecuencia, la falta de información puede dificultar su detección oportuna, provocando complicaciones evitables, aumento del malestar en las pacientes y la aplicación de medidas terapéuticas poco eficaces o inadecuadas.

El adecuado reconocimiento y tratamiento oportuno de la diástasis púbica es esencial para reducir el riesgo de morbilidad a largo plazo. Sin embargo, la escasa documentación de casos en contextos clínicos reales representa un desafío para la formación de criterios diagnósticos y terapéuticos en la práctica obstétrica.

En este contexto, el presente trabajo académico tiene por objetivo conocer el manejo aplicado en un caso clínico de DSP en el postparto vaginal atendido en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima en el año 2022. Contribuyendo a cerrar esta brecha de conocimiento mediante la presentación y análisis de un caso clínico de DSP diagnosticado en el postparto vaginal. A través de la descripción detallada de los signos y síntomas observados, el proceso diagnóstico, los factores asociados y las alternativas de tratamiento utilizadas, se pretende no solo aumentar la conciencia sobre esta entidad clínica, sino también ofrecer una referencia útil que permita orientar la atención médica en casos similares.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La diástasis de la sínfisis púbica (DSP) es una complicación poco frecuente, muchas veces subdiagnosticada (1,2), que puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de las pacientes debido al dolor intenso y la movilidad reducida (2,3). A pesar de su importancia clínica, la diástasis púbica no se menciona con frecuencia en la literatura obstétrica, lo que lleva a una falta de conciencia y conocimiento entre los profesionales de la salud. La identificación y el manejo adecuado de esta condición son esenciales para minimizar las complicaciones y acelerar la recuperación de las pacientes afectadas.

La sínfisis púbica es una articulación de la línea media anterior de la pelvis de consistencia fibrocartilaginosa que se encuentra sujeta por cuatro ligamentos superior e inferior, anterior y posterior. El disco cartilaginoso interpúbico y el ligamento púbico anterior son las estructuras que ayudan a mantener la estabilidad que necesitamos para movilizarnos (4). Durante el embarazo puede aumentar hasta 10 mm, pudiendo permanecer hasta después del parto. A esto se le denomina diástasis fisiológica de la sínfisis púbica (5).

El ensanchamiento fisiológico de la sínfisis púbica es producido por cambios endocrinos que se dan durante el embarazo. Por lo tanto, la diástasis púbica patológica se da generalmente por una complicación en el post parto vaginal. La separación mayor de 10 mm implica que hay daño de los ligamentos. Las separaciones mayores a 14 mm pueden considerarse como una fractura a nivel del pubis (6).

Generalmente esta complicación se ha visto incrementada en mujeres que han tenido muchos partos, fetos grandes para la edad gestacional y en aquellas pacientes que por múltiples factores presentan un debilitamiento en las estructuras de la articulación púbica existiendo un riesgo para la madre al paso del feto con un peso no adecuado (1,7).

Los síntomas que con frecuencia refieren son dolor intenso a nivel del hipogastrio a nivel de la articulación púbica, caderas, ingle y en la cara anterior de los muslos, que imposibilita a la mujer a poder movilizarse adecuadamente por un tiempo prolongado después del parto (7). El problema principal radica en la dificultad para el diagnóstico oportuno de la diástasis púbica, ya que sus síntomas pueden confundirse fácilmente con otras afecciones pélvicas comunes en el postparto. Existe una escasez de estudios de caso que documenten la evolución clínica y los resultados terapéuticos de la diástasis púbica postparto, lo que limita la capacidad de los profesionales de la salud para desarrollar estrategias de manejo basadas en la evidencia.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el manejo en un caso clínico de diástasis de la sínfisis púbica en el post parto vaginal atendido en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima, 2022?

1.3 Justificación e importancia

El presente caso clínico tiene como propósito identificar los signos, síntomas y factores de riesgo asociados a la diástasis de la sínfisis púbica en el postparto vaginal, con el objetivo de contribuir a la reducción de la morbilidad materna y mejorar la atención obstétrica. La diástasis púbica patológica es una condición poco frecuente pero clínicamente relevante, ya que puede generar dolor pélvico intenso e incapacidad funcional prolongada, afectando considerablemente la recuperación física de la paciente tras el parto (8).

Debido a que esta afección suele estar subdiagnosticada, es fundamental realizar una evaluación adecuada de la gestante que permita detectar precozmente los factores de riesgo, lo que facilitará una referencia oportuna a un nivel de atención especializado. Esta intervención temprana puede disminuir el riesgo de complicaciones, acortar el tiempo de recuperación y mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas (2).

Este trabajo académico busca cerrar la brecha en el conocimiento sobre la DSP mediante la presentación detallada de un caso clínico real. A

través de la exposición de sus manifestaciones clínicas, herramientas diagnósticas utilizadas y el enfoque terapéutico aplicado, se espera fomentar una mayor conciencia entre los profesionales de la salud, así como ofrecer una guía práctica que favorezca un manejo más eficaz, oportuno y personalizado en situaciones similares.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Conocer el manejo aplicado en un caso clínico de diástasis de la sínfisis púbica en el post parto vaginal atendido en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima, 2022.

1.4.2 Objetivos específicos

- Describir los signos y síntomas presentes en un caso clínico de diástasis de la sínfisis púbica durante el posparto, atendido en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima, en diciembre de 2022.
- Describir los factores maternos observados en un caso de diástasis de la sínfisis púbica durante el post parto, atendido en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima, diciembre 2022.
- Describir los factores fetales presentes en un caso de diástasis de la sínfisis púbica durante el post parto, atendido en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima, diciembre 2022.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.1 Diástasis de la Sínfisis Púbrica

2.2 Definición

La diástasis de la sínfisis púbrica (DSP) se define como la separación anormal de la sínfisis púbrica, generalmente ocurrida durante el parto. Esta separación puede no correlacionarse directamente con la intensidad de los síntomas clínicos (5). La sínfisis púbrica es una articulación cartilaginosa no sinovial que une las ramas superiores del pubis derecho e izquierdo. Normalmente, el espacio entre ambos huesos en una radiografía es de 4 a 5 mm. En el centro de esta articulación se encuentra un pequeño disco fibrocartilaginoso, interpuesto entre dos láminas de cartílago hialino (9). Durante el embarazo, los cambios hormonales y fisiológicos pueden provocar un aumento de esta separación de 2 a 3 mm, lo cual se considera una diástasis fisiológica de la sínfisis púbrica, que puede persistir después del parto. Sin embargo, cuando el ensanchamiento supera los 10 mm, se considera patológico y se diagnostica como diástasis patológica de la sínfisis púbrica (10,11).

2.3 Clasificación

La diástasis púbrica puede clasificarse en:

- Diástasis púbrica fisiológica: corresponde a la separación normal de la sínfisis púbrica durante el embarazo o el parto, con una amplitud

de separación de hasta 10 mm. Esta condición es considerada parte de los cambios fisiológicos propios de la gestación y suele resolverse espontáneamente en el posparto, también es catalogada como leve (10).

- Diástasis púbica patológica: se define como una separación mayor a 10 mm, pudiendo alcanzar hasta 13 mm o más, lo cual supera el rango esperado de adaptación fisiológica y suele estar asociado a síntomas clínicos importantes como dolor pélvico intenso, inestabilidad de la pelvis y dificultad para la deambulaci3n. Puede ser moderada, si la separaci3n est3 entre 10 a 25 mm y grave si es mayor de 25 mm. (6).

2.4 Incidencia

La diástasis patológica de la sínfisis púbica es una entidad poco frecuente, con una prevalencia estimada que varía entre 1 en 300 y 1 en 30,000 embarazos. Sin embargo, se sospecha que su verdadera incidencia es mayor, ya que muchos casos no son diagnosticados oportunamente (12). En algunas series clínicas, mediante un seguimiento sistemático durante dos años, se ha documentado una incidencia de 1 caso por cada 569 embarazos (3).

2.5 Etiología

La etiología de la diástasis de la sínfisis púbica no est3 completamente establecida, aunque se reconoce la participaci3n de m3ltiples factores tanto hormonales como mecánicos. Uno de los mecanismos propuestos es el

estrés mecánico excesivo que ocurre durante el parto, especialmente cuando se produce un descenso rápido y enérgico de la presentación fetal en la segunda etapa del trabajo de parto. En estas circunstancias, la cabeza fetal puede impactar contra el anillo pélvico anterior, generando fuerzas de cizallamiento que superan la capacidad de resistencia de las estructuras ligamentosas de la sínfisis púbica (2).

Además, esta condición se ha asociado a varios factores predisponentes, entre ellos: Laxitud ligamentaria inducida por las hormonas del embarazo, principalmente la relaxina y la progesterona, que provocan mayor distensibilidad de las articulaciones pélvicas, parto traumático, con maniobras obstétricas agresivas o prolongadas, macrosomía fetal, que incrementa la presión sobre la pelvis materna y extracción instrumental (uso de fórceps o ventosa), que puede acentuar la tracción sobre la pelvis. Estos factores, aislados o combinados, pueden contribuir a una separación patológica de la sínfisis púbica (2).

2.6 Factores de riesgo o factores determinantes

Diversos factores pueden predisponer o contribuir al desarrollo de la DSP, actuando mediante el debilitamiento de las estructuras de soporte pélvico o generando fuerzas mecánicas excesivas sobre la articulación púbica.

Entre los principales factores de riesgo se encuentran:

- **Multiparidad:** Las gestaciones múltiples sucesivas pueden debilitar progresivamente los ligamentos pélvicos y la musculatura del suelo

pélvico, reduciendo la capacidad de sostén de la articulación púbica (8,9).

- **Anormalidades articulares o del tejido conectivo:** Trastornos del colágeno, disfunción articular previa o condiciones como el síndrome de hiper movilidad aumentan la susceptibilidad a lesiones por menor resistencia ligamentosa (2).
- **Debilitamiento fisiológico de los ligamentos:** Inducido por las hormonas del embarazo, principalmente la relaxina y la progesterona, que provocan una mayor laxitud articular y distensión de la sínfisis púbica (2,13).
- **Macrosomía fetal y gestaciones múltiples:** El peso fetal elevado o la presencia de más de un feto incrementa la presión ejercida sobre la pelvis materna, favoreciendo una separación excesiva (14).
- **Parto precipitado:** El descenso fetal rápido puede generar impactos bruscos contra el anillo pélvico anterior, produciendo fuerzas de cizallamiento que superan la capacidad de contención ligamentosa (2,14).
- **Desproporción céfalo-pélvica:** Cuando el tamaño de la cabeza fetal es desproporcionado en relación al canal del parto, se requiere mayor esfuerzo expulsivo, lo que puede sobrecargar la sínfisis púbica (13).
- **Maniobras obstétricas forzadas:** Técnicas como la maniobra de McRoberts, utilizadas para resolver distocias como la distocia de

hombros, generan tracción excesiva sobre la sínfisis púbica, favoreciendo su separación. También las extracciones instrumentales (fórceps, ventosa) se asocian a mayor riesgo (2,13).

- **Contracciones uterinas intensas:** Especialmente cuando son inducidas con oxitocina, pueden acentuar las fuerzas de expulsión fetal y aumentar la presión sobre la sínfisis púbica (14).
- **Anestesia epidural:** Al reducir la percepción del dolor y permitir maniobras obstétricas más enérgicas, puede favorecer movimientos articulares no controlados y aumentar el riesgo de lesiones pélvicas (14).
- **Posición en abducción forzada o prolongada:** Puede generar tensión excesiva sobre los ligamentos púbicos, especialmente en partos asistidos (2,13).
- **Patologías pélvicas previas:** Como hiperlordosis lumbar, escoliosis, osteomalacia o condromalacia, que alteran la biomecánica de la pelvis y predisponen a lesiones (13,14).
- **Traumatismo pélvico previo:** Lesiones antiguas pueden dejar secuelas estructurales o debilidad ligamentaria que favorecen una nueva diástasis (2,14).
- **Edad materna avanzada:** Se asocia con menor elasticidad y regeneración de tejidos, lo que incrementa el riesgo de separación articular (8).

- **Índice de masa corporal elevado:** El sobrepeso y la obesidad aumentan la carga sobre la pelvis, contribuyendo al ensanchamiento patológico (15).
- **Sedentarismo y falta de ejercicio:** La ausencia de fortalecimiento del suelo pélvico y musculatura abdominal reduce la capacidad de soporte biomecánico de la pelvis (16).

2.7 Fisiopatología

La diástasis de la sínfisis púbica es una condición multifactorial donde factores biomecánicos, hormonales, anatómicos y personales interactúan para provocar la separación anormal de la sínfisis púbica, siendo crucial comprender la complejidad de estos mecanismos para abordar adecuadamente esta condición (14).

En términos biomecánicos, durante el embarazo, hormonas como la relaxina y la progesterona provocan la relajación de los ligamentos pélvicos, facilitando el parto, mientras que el crecimiento del útero y el peso fetal aumentan la presión intraabdominal, contribuyendo a la separación de la sínfisis púbica. Además, durante el parto vaginal, las fuerzas ejercidas y la presión del bebé pueden causar estrés adicional en la sínfisis púbica, llevando a su separación (10,11).

Desde la perspectiva hormonal, la relaxina y la progesterona desempeñan un papel crucial en la fisiopatología de la diástasis de la sínfisis púbica al aflojar los ligamentos y tejidos conectivos pélvicos. Factores anatómicos y personales, como el historial de parto, el uso de instrumentos obstétricos y la posición del feto, también pueden influir en el riesgo de diástasis púbica (5, 16).

2.8 Formas clínicas

2.8.1 Forma aguda traumática o del parto: Suele presentarse después del parto vaginal, especialmente cuando hubo trabajo de parto prolongado, macrosomía fetal o uso de fórceps.

Sus síntomas principales son (10, 13):

- Dolor intenso en la región púbica o perineal.
- Dificultad o imposibilidad para caminar.
- Sensación de inestabilidad pélvica.
- Dolor que empeora al levantarse, girar en la cama o subir escaleras.

Puede acompañarse de hematomas en la región perineal (17).

2.8.2 Forma subaguda o crónica: Se presenta en pacientes que han tenido una separación leve que no fue tratada adecuadamente o no se diagnosticó inicialmente. Los síntomas que presenta la paciente son (12):

- Dolor pélvico persistente o intermitente.
- Molestias al estar de pie mucho tiempo.
- Dolor durante las relaciones sexuales (dispareunia).
- Dificultad para realizar actividades físicas intensas.

2.8.3 Forma asintomática. Algunos casos de diástasis leve (generalmente <10 mm) pueden no generar síntomas y descubrirse

incidentalmente por imagen. No requieren tratamiento específico, solo seguimiento (12).

2.9 Exámenes auxiliares

La radiografía pélvica es un estudio de imágenes que nos permite confirmar el diagnóstico de diástasis de la sínfisis púbica. En los resultados de las radiografías generalmente se visualiza una disrupción anormal ancha entre los huesos del pubis es decir una separación anormal. Si la paciente se le toma la radiografía de pie se observa una mayor inestabilidad superior a los 10 milímetros (16). También existen exámenes de mayor resolución que son las tomografías computarizadas y la resonancia magnética que va a brindar con mayor exactitud los daños a nivel de la sínfisis púbica y de los tejidos blandos (1).

2.10 Tratamiento

El tratamiento conservador es generalmente recomendado para la mayoría de los casos de separación de la sínfisis pubiana durante el parto (13). Este tratamiento se inicia con descanso en cama en posición lateral, soporte pélvico mediante férulas o vendaje de pelvis, observación y asistencia para la deambulacion. El manejo del dolor se realiza con antiinflamatorios no esteroideos, aunque en casos excepcionales puede ser necesario el uso de narcóticos o inyecciones de hidrocortisona y lidocaína en la sínfisis, e incluso se ha documentado el uso de anestesia epidural en una ocasión (1, 16, 17).

Normalmente, los síntomas se resuelven tras 6 a 8 semanas de tratamiento conservador, aunque el rango puede variar desde 2 días hasta 8 meses, sin dejar secuelas en la mayoría de los casos (13,16).

La reparación quirúrgica se reserva para situaciones en las que hay recurrencia o persistencia de los síntomas, utilizando fijación abierta para estabilizar la fractura. En casos de diástasis traumática, se debe realizar la reparación quirúrgica de la fractura simultáneamente a la extracción fetal por cesárea, empleando fijación interna, y en ocasiones se requiere tratamiento urgente si hay complicaciones o riesgos manifiestos para la madre o el feto (1).

Cuando la DSP se presenta antes del parto, se recomienda cesárea, debido a la dificultad y, a veces, la imposibilidad del pujo, además del posible agravamiento de los síntomas con los factores asociados al parto vaginal. Las mujeres que han experimentado una separación de la sínfisis púbica durante el periparto tienen un mayor riesgo de recurrencia de los síntomas; sin embargo, no hay consenso entre los diferentes autores sobre la necesidad de realizar una cesárea electiva en estos casos (3).

2.11 Complicaciones

La diástasis de la sínfisis púbica puede conllevar una serie de complicaciones, especialmente cuando la separación supera los límites fisiológicos y no se diagnostica ni trata de manera oportuna. Esta condición, aunque poco frecuente, puede afectar significativamente la calidad de vida

de la paciente durante el puerperio e incluso en el largo plazo. Entre las principales complicaciones tenemos:

- **Dolor pélvico persistente:** Es una de las complicaciones más comunes, que puede prolongarse semanas o meses después del parto. Este dolor suele localizarse en la región púbica, perineal o incluso irradiarse a la parte interna de los muslos, interfiriendo con actividades cotidianas como caminar, subir escaleras o cambiar de posición en la cama (12,18).
- **Inestabilidad pélvica funcional:** Se manifiesta como dificultad para la deambulación o incapacidad para cargar peso sobre una pierna, lo cual obliga al uso de ayudas para caminar (muletas o bastón) durante el proceso de recuperación. En los casos más severos, cuando la separación de la sínfisis supera los 25 mm, puede requerirse manejo quirúrgico mediante reducción y fijación interna para estabilizar la pelvis (12). También puede causar inestabilidad y afecciones crónicas que derivan en artritis (18).
- **Dispareunia:** Es otra complicación frecuente, que puede estar asociada tanto al trauma músculo-esquelético como al daño de tejidos blandos y al proceso inflamatorio local. Además, en ciertos casos se ha documentado la presencia de alteraciones uroginecológicas, como incontinencia urinaria transitoria, debidas a la disfunción de la musculatura del suelo pélvico relacionada con la diástasis (1, 10, 18).

- **Complicaciones psicológicas:** Desde el punto de vista psicológico, las pacientes pueden experimentar ansiedad, miedo al movimiento (cinesiofobia) y deterioro en su bienestar emocional debido a la limitación funcional y el dolor persistente. Por ello, un abordaje multidisciplinario que incluya fisioterapia, apoyo psicológico y seguimiento médico es fundamental para una recuperación integral (18).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

CASO CLÍNICO

3.1 Anamnesis:

3.1.1. Filiación:

Paciente de 36 años, sexo femenino, raza mestiza, con grado de instrucción secundaria completa, estado civil soltera, ocupación ama de casa, procedencia del distrito de Cieneguilla – Lima.

3.1.2 Enfermedad actual:

14/12/2022 a las 19:30 horas

Acude al servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Lima, por presentar dolor abdominal compatible con contracciones de Braxton Hicks leves, en forma esporádica. No trabajo de parto. Percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido o sangrado por genitales. Referida para descarte de diabetes con 41 semanas de gestación.

3.1.3 Antecedentes:

- a) Personales: Ninguno
- b) Patológicos: Niega
- c) Gineco obstétricos:
 - Menarquia: 13 años.

- Régimen catamenial: 5/28.
 - Fecha ultima regla: No recuerda.
 - Inicio de relaciones sexuales: 14 años.
 - Número de parejas: 3.
 - Fórmula Obstétrica: Gestaciones 8, partos a término 6, abortos 1, hijos vivos 6.
 - Gestación 1: (2001) 3,000 gramos
 - Gestación 2: (2004) 2,900 gramos
 - Gestación 3: (2008) 2,900 gramos
 - Gestación 4: (2010) 3,100 gramos
 - Gestación 5: (2012) 2,900 gramos
 - Gestación 6: (2014) 3,200 gramos
 - Gestación 7: (2021) Aborto
 - Control Prenatal: 3
 - Fecha ultima de parto: Hace 8 años
 - Método anticonceptivo: Niega
- d) Familiares: Niega antecedentes familiares.
- e) Socioeconómicos: No registrado en la historia clínica.
- f) Alimentación: Regular, a predominio de carbohidratos.
- g) Hábitos nocivos: Niega.

3.1.4. Examen Físico:

- a) General: Paciente en regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación.
- b) Funciones vitales: Presión arterial: 123/76 milímetros de mercurio. Pulso: 85 latidos por minuto. Temperatura: 36.6 grados centígrados. Saturación de oxígeno: 98%.
- c) Piel y faneras: Pálidas e hidratadas
- d) Cabeza: Normocéfalo
- e) Cuello: Normal no se palpan masas tiroideas
- f) Tórax: Normal, no ruidos agregados, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- g) Mamas: Blandas y secretantes
- h) Cardiovascular: Ruidos cardíacos normales, no se auscultan soplos.
- i) Abdomen: Ocupado por gestación. Frecuencia cardíaca fetal 140 latidos por minuto, altura uterina: 35 centímetros; feto en situación longitudinal, presentación cefálica, posición derecha; no presenta dinámica uterina.
- j) Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativo. Al tacto vaginal: Cérvix posterior largo blando, orificios cerrados. Altura de presentación -4 centímetros, membranas ovulares integra.
- k) No alteraciones osteoarticulares
- l) Linfático: Normal

- m) Neurológico: Despierta, lúcida, orientada en tiempo y espacio, moviliza extremidades.
- n) Reflejos osteotendinosos: Normal

3.1.5. Impresión diagnóstica:

- Gran multigesta de 41 3/7 semanas por ecografía I trimestre
- Embarazo a término tardío
- Periodo intergenésico largo
- Anemia moderada
- Edad materna avanzada.

3.1.6. Tratamiento y evolución:

14/12/2022 a las 19:30

Paciente se encuentra en observación en el servicio de emergencia, se realiza test no estresante por indicación médica, con resultado: Feto activo y reactivo en buenas condiciones basales.

Tratamiento:

- Nada por vía oral
- Cloruro de sodio al 0.9% a 30 gotas por minuto.
- Exámenes de laboratorio.
- Se hospitaliza en el servicio de alto riesgo de gineco obstetricia.

14/12/2022 a las 21:30

Paciente es hospitalizada e ingresa al servicio de alto riesgo.

Al examen:

Presión arterial: 100/62 milímetros de mercurio. Pulso: 68 por minuto. Temperatura: 37 grados centígrados. Respiración: 18 por minuto. Saturación de oxígeno: 99 por ciento

Abdomen: Feto en situación longitudinal, presentación cefálica, posición derecha. Frecuencia cardiaca fetal: 152 por minuto.

Dinámica uterina esporádica, percibe movimientos fetales.

Tacto vaginal: Dilatación 0 centímetros, borramiento 75 por ciento, altura de presentación -3 centímetros, membranas ovulares integra.

Tratamiento:

- Test estresante.
- Monitoreo materno fetal frecuente.

14/12/2022 a las 21:40

Se inicia Test Estresante con cloruro de sodio al 0.9% 1000 cc. Más 10 Unidades Internacionales de oxitocina, se inicia con 4 gotas por minuto, regulando goteo cada 15 minutos.

14/12/2022 a las 23:30 horas

Paciente con infusión de oxitocina a 14 miliunidades (28 gotas) por minuto. Refiere contracciones regulares, dolorosas. Se imprime trazado cardiotocográfico para lectura.

Al examen: Frecuencia cardiaca fetal: 148 por minuto, dinámica uterina 3 en 10 minutos, duración: 35 segundos, Intensidad: ++ Dilatación 5 centímetros, borramiento 80 por ciento, altura de presentación -3 centímetros, membranas ovulares: integras.

Resultado test estresante: Negativo.

Tratamiento:

- Pasa a sala de partos.

14/12/2022 a las 23:45 (SALA DE PARTOS)

Paciente en trabajo de parto. Con inducción de trabajo de parto, mantiene vía endovenosa permeable, dosis de mantenimiento de oxitocina de 14 miliunidades por minuto.

Al examen preferencial: Presión arterial 120/70 milímetros de mercurio. Pulso: 80 por minuto. Temperatura: 37.2 grados centígrados. Frecuencia respiratoria: 20 por minuto. Saturación de oxígeno: 98 por ciento

Altura uterina: 35 centímetros, dinámica uterina: 3 contracciones en 10 minutos, frecuencia cardiaca fetal 142 latidos por minuto, movimientos fetales presentes.

Tacto Vaginal: Dilatación 6 centímetros, altura de presentación -3 centímetros, incorporación 80 por ciento, membranas ovulares integrales.

Diagnósticos:

- Multigesta de 41 semanas 3 días por ecografía primer trimestre.
- Embarazo a término tardío
- Trabajo de parto fase activa
- Anemia moderada
- Alto Riesgo Obstetrico: Edad materna, período intergenésico largo.

Tratamiento:

- Monitoreo materno fetal
- Reevaluación en una hora

15/12/2022 a la 00:45 am

Paciente quejumbrosa, colabora con el examen, presenta contracciones uterinas regulares, cuenta con test estresante negativo. Actualmente con patrón categoría II, con desaceleraciones tempranas, variabilidad disminuida.

Examen físico preferencial:

Presión arterial: 110/60 milímetro de mercurio. Pulso: 76 por minuto. Temperatura: 36.8 grados centígrados. Respiración: 18 por minuto. Saturación de oxígeno: 97 por ciento

Abdomen: Altura uterina de 35 centímetros, latidos cardíofetales 155 por minuto, movimientos fetales presentes, dinámica uterina con frecuencia de 3 contracciones en 10 minutos, intensidad ++, duración 25 segundos.

Tacto vaginal: Dilatación 5 centímetros, incorporación 80 %, altura de presentación -4 a -3, membranas ovulares: Se realiza ruptura artificial de membranas, líquido Meconial fluido, pelvis ginecoide, variedad de presentación: Occipito ilíaca derecha posterior.

Diagnóstico:

- Multigesta 41 semanas 4 días por ecografía primer trimestre.
- Embarazo a término tardío.
- Anemia moderada
- Alto Riesgo Obstetrico Edad materna, período intergenésico largo.

Tratamiento:

- Trabajo de parto monitorizado.
- Reevaluación en 1 hora y/o según evolución.
- Reclamar resultados de laboratorio.

15/12/2022 a las 2:05 am

Paciente con sensación de pujo intenso, poco colaboradora, se rehúsa a permanecer en posición de litotomía durante el expulsivo, se requiere dos personas para atenderla.

15/12/2022 a las 2:38 am

Paciente con dosis de mantenimiento de oxitocina 14 miliunidades. Se produce parto distócico por distocia de hombros, obteniendo un recién nacido de sexo femenino, con un peso de 4399 gramos, Apgar 8 al minuto y 9 a los 5 minutos. Líquido amniótico Meconial espeso. Se realizó Maniobra de McRobert. Clampaje precoz de cordón umbilical para atención del recién nacido. Alumbramiento dirigido con oxitocina 10 unidades internacionales por vía intramuscular. Placenta y membranas completas. El periodo expulsivo tuvo una duración de 33 minutos. No desgarros. Sangrado aproximadamente 360 mililitros.

Diagnóstico:

- Puérpera inmediata de parto distócico
- Distocia de hombros resuelto.
- Macrosomía fetal.

Tratamiento:

- Dieta blanda y líquido a voluntad.

- Control de funciones vitales.
- Cloruro de sodio al 0.9% 1000 centímetros cúbicos, más 30 unidades internacionales de oxitocina, I – II frasco
- Paracetamol 500 miligramos cada 8 horas.
- Hierro sacarato 200 miligramos lento y diluido en 200 centímetros cúbicos de cloruro de sodio al 0.9%.

15/12/2022 a las 4:00 am

Paciente púérpera inmediata de 2 horas post parto, refiere dolor en hipogastrio con irradiación lumbo sacra. Pasa al área de puerperio patológico por parto distócico y anemia moderada.

Al examen: Presión arterial: 123/76 milímetros de mercurio. Pulso: 85 por minuto. Temperatura: 36.6 grados centígrados. Respiración: 19 por minuto. Saturación de oxígeno: 98 por ciento.

Mamas blandas y secretantes; abdomen blando, depresible. Útero contraído de más o menos 17 centímetros. Loquios hemáticos en poca cantidad, sin mal olor.

Tratamiento:

- Dieta blanda y líquido a voluntad
- Cloruro de sodio al 0.9% 1000 centímetros cúbicos más 30 unidades internacionales de oxitocina II frasco
- Paracetamol 500 miligramos cada 8 horas.
- Sulfato ferroso 300 miligramos cada 24 horas.

- Diclofenaco 75 miligramos intramuscular stat.
- Hierro sacarato 200 miligramos lento y diluido en cloruro de sodio al 0.9% 200 centímetros cúbicos.

15/12/2022 a las 7:10 am

Paciente puérpera que presenta dolor intenso de pelvis que dificulta movilización de miembros inferiores, que no cede con analgésicos.

Al examen físico: Abdomen bando, depresible, útero contraído.

Genitales: Loquios hemáticos escasos, sin mal olor.

Pelvis: Dolor a la palpación de pubis y de crestas ilíacas.

Miembros inferiores: Flexión de rodillas limitados por dolor, rotación interna y externa de miembros inferiores limitada.

Diagnóstico:

- Puérpera inmediata de parto distócico.
- Anemia moderada
- D/C Fractura de pelvis.

Tratamiento:

- Se solicita radiografía de pelvis y de articulación de cadera.
- Interconsulta a traumatología.
- Dexametasona 4 miligramos y metamizol 2 gramos Endovenoso diluido en 100 centímetros cúbicos de cloruro de sodio al 0.9% STAT.

- Reevaluación con resultados.
- Radiografía pélvica.
- Metamizol 1 gramo 2 ampollas y dexametasona 1 ampolla de 4 miligramos lento y diluido en 100 centímetros cúbicos de cloruro de sodio al 0.9%.

15/12/2022 a las 13:00 horas

Paciente puérpera de 11 horas de evolución pasa a servicio de Unidad de Cuidados Especiales en Gineco Obstetricia (UCEGO). Refiere dolor intenso a nivel de los genitales con irradiación lumbosacra.

Al examen físico: Presión arterial: 110/70 milímetros de mercurio. Pulso: 88 por minuto. Temperatura: 36.8 grados centígrados. Respiración: 20 por minuto. Saturación de oxígeno: 98 por ciento. En aparente regular estado general, lucida orientada en tiempo espacio y persona.

Mamas blandas y secretantes. Abdomen blando con un leve dolor a la palpación, útero contraído de más o menos 14 centímetros, loquios hemáticos en poca cantidad sin mal olor. Miembros inferiores. Con dificultad para el movimiento.

Diagnostico

- Puérpera inmediata de más o menos 11 horas de evolución.

- Diástasis de sínfisis púbica

Tratamiento

- Sonda Foley más bolsa colectora
- Interconsulta al servicio de traumatología.
- Vendaje de compresión de pelvis.
- Tomografía de pelvis
- Hemograma control cada 12 horas.
- Tramadol 50 miligramos subcutáneo STAT. Condicional al dolor
- Reposo absoluto.

16/12/2022 a las 7:00 horas

Paciente refiere dolor pélvico con una escala visual analógica del dolor de 8/10, con vendaje pélvico. Portadora de sonda Foley más bolsa colectora.

Al examen físico: Presión arterial: 93/54 milímetros de mercurio. Pulso 72 por minuto. Temperatura: 36.5 grados centígrados. Respiración: 19 por minuto. Saturación de oxígeno 97 por ciento. En aparente regular estado general, lucida orientada en tiempo espacio y persona.

Mamas blandas y secretantes. Abdomen blando con un leve dolor a la palpación. Útero contraído de más o menos 14 centímetros. Se encuentra con faja lumbosacra. Se observa edema vulvar.

Loquios hemáticos en poca cantidad sin mal olor. Sonda Foley permeable con bolsa colectora. Miembros inferiores con dificultad para el movimiento.

Diagnostico

- Puérpera inmediata de más o menos 24 horas de evolución.
- Diástasis de sínfisis púbica.
- Anemia moderada.

Tratamiento

- Dosis de mantenimiento de metamizol 1 ampolla endovenoso lento y diluido cada 8 horas por dos días.
- Sulfato ferroso 300 miligramos vía oral cada hora
- Interconsulta traumatología
- Perfil hepático
- Proteínas séricas totales.
- Pasa a la unidad de alto riesgo A
- Continúa con el tratamiento para las 24 horas.

17/12/2022 a las 7:00 horas

Paciente refiere que molestias han disminuido, pero se presentan cuando intenta moverse. Se encuentra con faja en zona de abdomen inferior y parte de pelvis para la inmovilización, sonda

foley permeable. Se evidencia edema en zona vulvar (++) y en miembros inferiores (+).

Al examen físico: Presión arterial 114/71 milímetros de mercurio, pulso 64 por minuto. Temperatura 36,5 grados centígrados.

Respiración 19 por minuto. Saturación de oxígeno 99 por ciento.

En aparente regular estado general, lucida orientada en tiempo espacio y persona.

Mamas blandas y secretantes, abdomen blando con poco dolor a la palpación. Útero contraído de más o menos 13 centímetros. Se encuentra con faja lumbosacra. En genitales externos se evidencia edema vulvar. Loquios hemáticos en poca cantidad sin mal olor. Sonda Foley permeable con bolsa colectora. Miembros inferiores con presencia de edema y dificultad para el movimiento.

Diagnostico

- Puérpera mediata de más o menos 2 días de evolución
- Diástasis de sínfisis púbica
- Anemia moderada.

Tratamiento:

- Interconsulta de traumatología indica pase a servicio de traumatología.
- Alta por servicio de ginecología.
- Paracetamol 1 gramo vía oral cada 8 horas por 7 días

- Sulfato ferroso 300 miligramos vía oral cada 12 horas por 30 días.
- Hierro sacarato a ampollas de 100 miligramos diluido en cloruro de sodio al 0.9% 200 mililitros, lento en 2 horas.
- Tramadol 50 miligramos subcutáneo cada 8 horas por 7 días.
- Interconsulta por nutrición
- Control en 1 semana.

3.1.7. Exámenes auxiliares:

Laboratorio:

FECHA	EXAMENES COMPLEMENTARIOS	RESULTADO
14/12/25	Hemograma	Normales.
14/12/25	Hemoglobina	7.9 g/dl
14/12/25	Hematocrito	28.1 %
14/12/25	Prueba serológica	No reactivo
14/12/25	HIV	No reactivo
14/12/25	Hepatitis B	No reactivo
14/12/25	Perfil de coagulación	Normal
14/12/22	Glucosa	Valor normal
14/12/22	Examen orina	Normal
14/12/25	Prueba de antígeno del SARS COV-2	No reactivo

16/12/22	Perfil Hepático	Normal
16/12/22	Hematocrito control	23.9 %

Exámenes complementarios:

14/12/25	Ecografía Obstetrica	37 semana de gestación. Ponderado fetal. 3,820Kgr.
14/12/22	Monitoreo fetal electrónico: Test no estresante	Feto activo reactivo en buenas condiciones basales.
14/12/25	Monitoreo fetal electrónico: Test estresante	Negativo
15/12/22	Tomografías pelvis	Se observa apertura de sínfisis púbica mayor de 2.5 cm.

Fuente : Historial Clinica de la paciente.

3.1.8 Epicrisis

Nombres y Apellidos: AQJ

Edad: 38 años

Sexo: Femenino

Fecha de Ingreso: 14/12/2022 Hora: 20: 00 horas

Fecha de Egreso: 17/12/2022 Hora: 12:00 horas

Días de Estadía: 3 días

Motivos: Paciente ingresa por presentar dolor abdominal tipo contracciones uterinas leves, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico, refiere disminución de movimientos fetales.

Al examen físico en aparente regular estado general, lucida orientada en espacio y persona. Mucosas semipalidas e hidratadas. Mamas blandas no secretantes, abdomen ocupado por gestacion, frecuencia cardiaca fetal 144 por minuto, altura uterina 35 centímetros, longitudinal cefálica derecha con un ponderado fetal de 3,820 kilogramos.

Exámenes auxiliares

- Hematocrito control: 23.9 miligramos por decilitro.
- Tomografía pélvica: Se observa apertura de sinfisis mayor de 2.5 centímetros.

Evolución: Tórpida

Tratamiento

- Cloruro de sodio 0.9% 1000 mililitros y oxitocina 20 unidades 30 gotas por minuto.
- Hierro sacarato 400 miligramos endovenoso cada 48 horas.
- Diclofenaco 75 miligramos condicional al dolor
- Tramadol 50 miligramos subcutáneo cada 8 horas
- Metamizol 1 gramo endovenoso cada 8 horas

- Dexametasona 4 miligramos cada 8 horas
- Paracetamol 500 miligramos vía oral cada 8 horas
- Sulfato ferroso 300 miligramos vía oral cada 8 horas

Operaciones Quirúrgicas: Ninguno

Condición del alta: Mejorado

Diagnóstico de ingreso:

- Gran multigesta de 41 3/7 semanas por ecografía I trimestre.
- Embarazo a término tardío.
- Periodo intergenésico largo.
- Anemia moderada.
- Edad materna avanzada.

Diagnóstico de egreso:

- Puérpera Mediata de parto vaginal.
- Diástasis de sínfisis púbica.

Tipo de alta: Medica de turno, evaluó traumatología y solicitó cita por consultorio de traumatología.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

El presente trabajo académico tuvo como objetivo general conocer el manejo aplicado en un caso clínico de DSP ocurrido en el postparto vaginal, atendido en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima, en el año 2022. Para ello, se analizaron los signos y síntomas clínicos, los factores maternos y fetales implicados, así como las estrategias terapéuticas utilizadas.

En el caso analizado, la paciente ingresó al servicio de emergencia el 14 de diciembre de 2022 con dolor abdominal compatible con contracciones uterinas esporádicas. Se trataba de una gran multigesta de 41 semanas, según la ecografía del tercer trimestre, con un feto de peso estimado de 3800 gramos. Dada la desproporción clínico-ecográfica en relación con la altura uterina, se decidió hospitalizarla para el monitoreo materno-fetal, diagnosticándose embarazo a término tardío, dado el tiempo de gestación se decide realizar una prueba estresante, la cual fue negativa, pero desencadenó la labor de parto.

El diagnóstico de la DSP se sustenta principalmente en una adecuada valoración clínica, complementada por estudios de imagen. En el presente

caso, la paciente manifestó dolor agudo e intenso en la región púbica, asociado a limitación funcional y dificultad para moverse, al primer día posparto, síntomas típicos que orientan hacia esta patología. El examen físico reveló dolor a la palpación suprapúbica y durante la movilización de las piernas, hallazgos consistentes con los descritos en la literatura especializada (10). Según Agustín-Oliva et al. (2), la presentación clínica suele ser característica, con dolor localizado en la sínfisis púbica que se exagera al caminar, girar en la cama o levantar una pierna, lo que debe alertar al profesional de salud para considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial del dolor pélvico posparto, asimismo, manifiesta que

No obstante, la confirmación diagnóstica requiere la utilización de estudios por imagen. En este sentido, la radiografía convencional de pelvis constituye el método más accesible, rápido y efectivo para evaluar la magnitud de la separación de la sínfisis púbica, siendo considerada la prueba de elección en la mayoría de los casos (2,6). De acuerdo con Chawla et al. (1), una separación mayor de 10 mm se considera patológica y permite confirmar el diagnóstico, lo cual resulta fundamental para decidir la conducta terapéutica más adecuada. En este caso, el diagnóstico clínico fue claramente respaldado por los hallazgos radiológicos, lo que permitió establecer un plan de manejo oportuno y acorde con la severidad del cuadro. Esto es importante, especialmente porque según Agustín-Oliva et al. (2) esta afección puede ser infradiagnosticada, y su identificación tardía

conlleva a un manejo menos eficaz y a un pronóstico desfavorable, con riesgo de dolor crónico y discapacidad funcional.

Respecto al manejo, se optó por un tratamiento conservador, el cual incluyó reposo, analgésicos, vendaje pélvico y fisioterapia, con evolución favorable. Telmoudi et al. (9) reportan que esta estrategia es efectiva en la mayoría de los casos leves o moderados, mientras que las formas graves o refractarias pueden requerir intervención quirúrgica. El uso de infiltraciones con analgésicos y corticoides también ha mostrado beneficios en el control del dolor durante la recuperación (13).

Sin embargo, existen reportes de casos más complejos, como el descrito por Norvilaite et al. (10) en el cual el tratamiento conservador no resultó efectivo. En ese contexto, fue necesaria la fijación quirúrgica de la sínfisis púbica debido al dolor persistente, la escoliosis lumbar secundaria a inestabilidad pélvica y la discrepancia en la longitud de los miembros inferiores. Incluso, se reportaron complicaciones postoperatorias como fistulización en el sitio de la placa y aflojamiento de tornillos, aunque sin evidencia de inestabilidad residual ni infección tras la retirada del material de osteosíntesis.

Dentro de los factores maternos, la paciente presentaba antecedentes de multiparidad, lo cual ha sido señalado como un factor de riesgo

importante. Sung et al. (8) encontraron una correlación positiva entre la multiparidad y la incidencia de diástasis púbica, especialmente en gestantes de mayor edad. Esta relación podría explicarse por un aumento en la laxitud ligamentaria pélvica y una disminución del tono muscular, lo cual predispone a una mayor separación de la sínfisis púbica durante el parto.

En cuanto a los factores fetales, el peso fetal estimado fue de 3800 g, considerado como macrosómico en algunos criterios. Este hallazgo coincide con lo reportado en estudios previos, donde se reconoce que el parto de fetos de gran tamaño incrementa la presión ejercida sobre la pelvis materna, favoreciendo la separación púbica (8,10,13). Además, el embarazo a término tardío puede haber influido en el desarrollo de esta complicación al aumentar el volumen fetal y la resistencia en el canal del parto; finalmente, el peso del recién nacido fue 4339 kilogramos, ocasionando que en el período expulsivo se presente una distocia de hombros, por lo que se realizó la maniobra de MacRoberts, la cual genera una tracción excesiva sobre la sínfisis púbica, favoreciendo su separación (2). Asimismo, Sung et al. (8) en un estudio de caos y controles, encontró que la distocia de hombros solo se presentó en el grupo de casos con DSP.

Este caso clínico refuerza la necesidad de mantener un alto índice de sospecha diagnóstica ante la presencia de dolor pélvico postparto, especialmente en mujeres con factores de riesgo como multiparidad, embarazo prolongado, maniobras obstétricas o fetos macrosómicos. Además, subraya la importancia de un abordaje integral y multidisciplinario para optimizar el pronóstico funcional de las pacientes, considerando que un diagnóstico oportuno y un manejo adecuado pueden evitar complicaciones funcionales a largo plazo y mejorar el pronóstico clínico.

CONCLUSIONES

1. El manejo del caso clínico de diástasis de la sínfisis púbica postparto vaginal, atendido en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima en diciembre de 2022 fue conservador, fundamentado en reposo, analgésicos, vendaje pélvico y fisioterapia. Esta estrategia demostró ser eficaz para controlar el dolor y favorecer la recuperación funcional progresiva de la paciente, sin necesidad de intervención quirúrgica.
2. Los principales signos y síntomas que permitieron sospechar de una diástasis de la sínfisis púbica fueron el dolor pélvico agudo y persistente en la región púbica, junto con dificultad para la deambulacion tras el parto. La correlación clínica con los hallazgos por imagen permitió confirmar el diagnóstico de manera oportuna.
3. Uno de los factores maternos relevantes identificados fue la multiparidad, la cual ha sido reconocida en la literatura como un factor de riesgo importante para la diástasis púbica, posiblemente debido a una mayor laxitud ligamentaria y debilidad del piso pélvico.
4. Los factores fetales presentes en este caso clínico fueron la macrosomía y la distocia de hombros.

RECOMENDACIONES

1. Al equipo multidisciplinario del servicio de Gineco-Obstetricia: Considerar el manejo conservador como primera línea de tratamiento en casos de diástasis de la sínfisis púbica posparto sin complicaciones neurológicas o inestabilidad severa, priorizando el reposo, analgesia, contención pélvica y fisioterapia dirigida, siempre con seguimiento clínico y funcional estrecho.
2. Al jefe del servicio de obstetricia: Capacitar al personal de salud en la identificación temprana de signos clínicos sugestivos de diástasis púbica posparto, como dolor pélvico agudo y dificultad para deambular, e indicar estudios por imagen de forma oportuna para la instauración del tratamiento adecuado. Asimismo, incluir esta temática en los planes de capacitación continua, así como en las sesiones clínicas, a fin de enriquecer el conocimiento y mejorar la detección de variables fetales que podrían influir en la aparición de esta complicación.
3. Al equipo de Centro Obstétrico: Se recomienda realizar una evaluación obstétrica más cuidadosa en gestantes multíparas, especialmente en las que presenten antecedentes de partos

traumáticos o disfunción del piso pélvico, para identificar precozmente factores de riesgo de diástasis y establecer estrategias preventivas individualizadas.

4. A las obstetras y médico gineco-obstetras que realizan control prenatal: Fortalecer el control prenatal con énfasis en la detección de fetos macrosómicos mediante ecografía y estimación clínica del peso fetal, así como planificar el parto en centros con capacidad resolutive adecuada cuando existan antecedentes o riesgos de distocia de hombros, a fin de prevenir lesiones maternas como la diástasis púbica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Chawla JJ, Arora D, Sandhu N, Jain M, Kumari A. Pubic Symphysis Diastasis: A Case Series and Literature Review. *Oman Med J*. 2017;32(6):510-514. <https://doi.org/10.5001/omj.2017.97>
2. Agustín-Oliva A, Díaz-Rabasa B, Estallo-Bernardos V, Rodríguez-Solanilla B, Padin-Fabeiro M, Castán-Mateo S. Diástasis de la sínfisis púbica posparto. *Ginecol. obstet. Méx.* [revista en la Internet]. 2017 [citado 2024 Jul 21]; 85(6): 396-402. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000600396&lng=es
3. Cueto M, Teulón M, Sanchez.Robles G, Ballesteros R, Miranda P, Diástasis traumática de pubis en gestante a término. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2010;53(3):112-115. DOI: 10.1016/j.pog.2009.01.001 <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-diastasis-traumatica-pubis-gestante-termino-S030450130900017X>
4. Becker I, Woodley SJ, Stringer MD. The adult human pubic symphysis: a systematic review. *J Anat*. 2010;217(5):47587. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7580.2010.01300.x>
5. Reyes E, Motta G, Gonzales O. Diástasis traumática de la sínfisis púbica. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2014;12(3):152-153. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2014/am143k.pdf>
6. Rondón-Tapia M, Reyna-Villasmil E, Torres-Cepeda D. Diástasis de la sínfisis púbica posparto: Reporte de caso. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2019 Oct [citado 2024 Jul 21]; 65(4): 545-548. doi.org/10.31403/rpgo.v65i2214. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000400021.
7. Reyna Villasmil EJ. Diástasis de la sínfisis púbica después de parto vaginal. Reporte de caso. *Rev. Med. UCSG* [Internet]. 14 de septiembre de 2020 [citado 21 de julio de 2024];22(1):18-21. Disponible en: <https://rmedicina.ucsg.edu.ec/index.php/ucsg-medicina/article/view/868>
8. Sung JH, Kang M, Lim SJ, Choi SJ, Oh SY, Roh CR. A case-control study of clinical characteristics and risk factors of symptomatic postpartum pubic symphysis diastasis. *Scientific Reports*. 2021;11(1):3289. Published 2021 Feb 8. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-82835-8>
9. Telmoudi E, Cheikh A, Elmiski F, Ikouch K, Charquaoui M, Jalal M. et al. Pubic disjunction following vaginal delivery in a multiparous woman: A case report. *Ann Med Surg (Lond)*. 2021;68:102629. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102629>
10. Norvilaite, K, Kezeviciute M, Ramasauskaite, D, Arlauskiene A, Bartkeviciene D, Uvarovas V. Postpartum pubic symphysis diastasis-conservative and surgical treatment methods, incidence of

- complications: Two case reports and a review of the literatura. *World Journal of Clinical*. 2020; 8 (1): 110 -116. <https://www.wjgnet.com/2307-8960/full/v8/i1/110>
11. Williams. Obstetricia. Vigésimo sexta edición. México. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A; 2019. pág. 88. <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=3103>
 12. Yoo JJ, Ha YC, Lee YK, Hong JS, Kang BJ, Koo KH. Incidence and risk factors of symptomatic peripartum diastasis of pubic symphysis. *J Korean Med Sci*. 2014;29(2):281-6. <https://doi.org/10.3346/jkms.2014.29.2.281>
 13. Frousiakis P, Rolfs H, Hargett D. Diástasis de la sínfisis púbica periparto. Informe de caso clínico. *Annals of Case Reports*. 2023;8(1):1166. <https://doi.org/10.29011/2574-7754.101166>
 14. Freire Vila E, de la Iglesia López A, del Corral Lorenzo C, Canedo Carballeira ME. Dolor pélvico en la embarazada: Disfunción de la sínfisis púbica. Revisión de la literatura. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2010 Oct [citado 2024 Jul 22]; 17(7): 321-325. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462010000700005&lng=es
 15. Heim JA, Vang S, Lips E, Asche SE, Ly T, Das K. Pubic Symphysis Separation and Regression in Vaginal versus Cesarean Delivery. *J Obstet Gynaecol Can*. 2022;44(1):42-47. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2021.07.015>
 16. Seidman AJ, Carlson K. Postpartum pubic symphysis diastasis. [Actualizado el 4 de mayo de 2025]. En: StatPearls; [Internet]. Treasure Island (FL): *StatPearls Publishing*; enero de 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537043/>
 17. Buitendyk M, Brennan B, Vora P, Smith, P, Winsor S. Acute Intrapartum Rupture of the Pubic Symphysis Requiring Resuscitation and Surgical Intervention: A Case report. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2018; 40 (1): 68-71. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.05.028>
 18. Stolarczyk A, Stępiński P, Sasinowski Ł, Czarnocki T, Dębiński M, Maciąg B. Peripartum Pubic Symphysis Diastasis-Practical Guidelines. *J Clin Med*. 2021;10(11):2443. Published 2021 May 31. <https://doi.org/10.3390/jcm10112443>

ANEXOS

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL
HIPOLITO UNANUE

16

SIS: 7-443982.79

INTERCONSULTA

SERVICIO: TRAUMATOLOGIA FECHA: 17/12/22 HORA: 11 11 AM

MOTIVO: DIAGNOSTICO () MANEJO TERAPEUTICO () PROCEDIMIENTO ()

TRANSFERENCIA () ALTA () OTRO ():

DATOS CLINICOS: PACIENTE DE 36 años, Sexo M F con los de:

MEDICO QUE SOLICITA INTERCONSULTA: _____ FIRMA Y SELLO

RESPUESTA: MOTIVO DE LA INTERCONSULTA _____

COMENTARIO Y SUGERENCIAS Parte enviada por nuestra
Señora.

Di: Distoni Sinjin Rho.

- Plan:
- (1) Se solicita MAS por SIS.
 - (2) Control en 02 semanas para
consultorio de trauctol.
 - (3) DITN de trauctol.

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

FECHA: 17/12/22 HORA: 11:40 AM

MEDICO RESPONSABLE: _____ FIRMA Y SELLO

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Hipólito Unanue
C.M.P. Dr. Carlos A. Peña
Ministerio de Salud, Rehabilitación y Deportes

BO Nº 402-2010-00001-05 010228

TEM ABDOMEN INFERIOR CON CONTRASTE

