

LESIONES MUSCULO-ESQUELÉTICAS

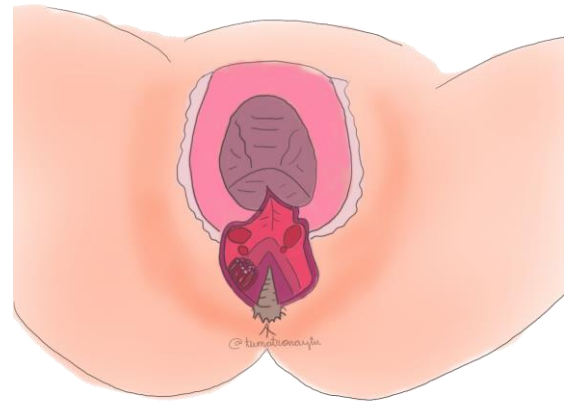
POSTPARTO



La patología musculoesquelética en el postparto es un conjunto de trastornos y molestias que pueden surgir tras el parto, afectando a diversas estructuras del cuerpo de la madre, desde músculos y huesos hasta ligamentos y articulaciones.

INTRODUCCIÓN

El periodo postparto es la etapa que sigue al nacimiento de un recién nacido y dura, en términos generales, hasta las 6-8 semanas. Sin embargo, es esencial entender que no todos los organismos experimentan este proceso en el mismo lapso de tiempo. La 'American College of Obstetricians and Gynecologists' (ACOG) extiende esta definición hasta las 12 semanas postparto. Aunado a ello, diversos investigadores argumentan que el proceso de regreso a la "normalidad" previa al embarazo puede extenderse hasta 12 meses después del parto. Por ende, el término "postparto" puede definirse como el intervalo que sigue al parto hasta que la madre retorna a su estado de salud y bienestar anterior al embarazo.



LESIONES Y ALTERACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS POSTPARTO:

Estas son las patologías que trataremos en este vídeo

- Incontinencia urinaria
- Prolapso de órganos pélvicos
- Incontinencia fecal y anal
- Diástasis de rectos
- Diástasis sínfisis púbica
- Dolor lumbar – coccinia

ANATOMÍA SUELO PÉLVICO

VAGINA: órgano con capacidad de contracción notable tras el parto, aunque no retorna completamente a su tamaño previo al embarazo (estado nuligrávido). Alrededor de la tercera semana postparto, se pueden observar que vuelven los pliegues en la vagina, como resultado de la disminución del edema y la vascularización.

HIMEN: Tras el parto, los restos del himen se reemplazan por las carúnculas himeneales, pequeñas protuberancias en la entrada vaginal.

MÚSCULOS PÉLVICOS: Estos músculos son esenciales para la función y estabilidad del suelo pélvico. El proceso del parto puede llevar a un **estiramiento fascial y a traumatismos**. Estos eventos pueden causar una relajación de los músculos pélvicos que no necesariamente retorna con facilidad a su estado previo al embarazo. Esto puede manifestarse en síntomas como incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos.



Los principales músculos del suelo pélvico son:

- **Elevador del ano:** compuesto los músculos puborectal, pubococcígeo e ileococcígeo.
- Músculos del **esfínter anal y uretral:** cruciales para el control de las heces y la orina.
- **Membrana perineal:** compuesta por el músculo bulbocavernoso, perineal transverso e isquicavernoso.

TEJIDOS CONECTIVOS: conectan los músculos con las paredes laterales de la pelvis y el sacro, proporcionando soporte y estabilidad.

INERVACIÓN: El suelo pélvico recibe su inervación principalmente de las raíces nerviosas S2, S3 y S4, que forman el nervio pudendo. Este nervio es especialmente relevante, innervando estructuras como el esfínter anal externo. Músculos como los elevadores, coccígeos y el diafragma urogenital tienen conexiones directas con fibras de S2, S3 y S4, asegurando una coordinación y función adecuadas.

INCONTINENCIA URINARIA Y PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS:

Durante el embarazo y el parto, la presión en la región pélvica puede provocar debilitamiento en los músculos, ligamentos y tejidos de sostén, llevando a fenómenos como la incontinencia urinaria (IU) y el prolapso de órganos pélvicos (POP). Es crucial que los profesionales de la salud estén alertas a estos síntomas para brindar un tratamiento oportuno.

Fisiopatología y causas: La IU y el POP son ocasionados por diversos factores:

La **compresión, estiramiento** y posibles **desgarros** durante el parto pueden lesionar músculos, nervios (en particular el nervio pudendo) y tejidos conectivos. La buena noticia es que las lesiones neuromusculares se suelen recuperar en 1 año.

Factores de riesgo: principalmente que el primer parto después de los 30 años y la macrosomía fetal. El primer parto es el que tiene mayor impacto.

El tipo de parto influye:

El parto vaginal conlleva un mayor riesgo de disfunción del suelo pélvico como prolapso o IU comparado con una cesárea o nuliparidad.

Partos instrumentados: El uso de fórceps aumenta el riesgo de prolapso e incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), mientras que la ventosa parece tener un impacto menor. Sin embargo, es importante destacar que el parto por cesárea no previene completamente la patología de suelo pélvico y la episiotomía rutinaria tampoco garantiza protección. El parto instrumentado en ocasiones también se asocia a un parto más prolongado, lo cuál podría ser un factor de confusión a la hora de asociarlo con patología de suelo pélvico.

Prevención: mientras que se podría pensar que ciertas intervenciones, como la cesárea, podrían prevenir estas afecciones, esto no es enteramente cierto. La cesárea no elimina el riesgo y no se debe considerar una medida preventiva. Por otro lado, los ejercicios profilácticos del suelo pélvico durante el embarazo aún carecen de evidencia sólida.

Tratamiento: El tratamiento debe ser multidisciplinario y ajustado según la necesidad individual:

- **Identificación temprana:** es fundamental para un mejor resultado.
- **Diagnóstico:** Determinar el tipo de prolapso y de incontinencia urinaria es crucial.
- **Rehabilitación de suelo pélvico:** La terapia de suelo pélvico es a menudo la primera línea de tratamiento y la más efectiva.



- **Intervenciones quirúrgicas:** Si persiste la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, se puede optar por una reparación quirúrgica con malla TOT.
- **Tratamiento médico:** En casos de Incontinencia Urinaria de Urgencia, el manejo farmacológico puede ser beneficioso.

INCONTINENCIA FECAL Y ANAL:

Similarmente, la presión ejercida durante el proceso de parto puede afectar el correcto funcionamiento del recto y el ano, resultando en incontinencia fecal y anal. Esta situación requiere una evaluación detallada para determinar su gravedad y proceder con un tratamiento adecuado.

Incontinencia fecal: Pérdida involuntaria de heces.

Incontinencia anal: Pérdida involuntaria de heces y/o gases.

Causas: Las principales causas son:

- Lesiones nerviosas y musculares durante el parto.
- Lesiones en el esfínter anal debido a desgarros de III y IV Grado durante el parto.
- Lesión del nervio pudendo por estiramiento y compresión durante el paso del feto por el canal del parto.

*La mayoría de mujeres con neuropatía del pudendo mejorarán espontáneamente durante el primer año tras el parto.

Factores de riesgo:

- Nuliparidad.
- Episiotomía línea media.
- Uso de fórceps.
- Macrosomía fetal.
- Antecedentes de condiciones como diarrea, incontinencia urinaria, diabetes mellitus y síndrome de intestino irritable.

Influencia del parto: El mayor impacto es con el primer parto, pero puede empeorar con embarazos y partos vaginales posteriores.

- El tipo de parto juega un papel importante: el embarazo por sí solo no incrementa el riesgo.
- El parto con instrumentos sí parece aumentar el riesgo, aunque no se detectan diferencias entre ventosa y fórceps.
- El riesgo aumenta significativamente en casos de **desgarro del esfínter anal**. Es esencial para mejorar el pronóstico estar entrenado para **detectar y tratar este tipo de desgarros en el postparto inmediato** y no una vez aparece la incontinencia.

Prevención y protección:

- La episiotomía rutinaria NO previene la incontinencia urinaria ni fecal.
- A pesar de algunas creencias, la cesárea no parece disminuir el riesgo de incontinencia anal o fecal. No es recomendable usar la cesárea como prevención primaria. Algunos autores si recomiendan su utilización como prevención secundaria.
- El masaje perineal preparto y compresas tibias en el periné durante el parto si pueden ser útiles.
- La **protección del periné durante el expulsivo** es fundamental.

Diagnóstico: Debemos descartar complicaciones como fístula recto-vaginal o una lesión oculta en el esfínter anal. Las técnicas de diagnóstico pueden incluir exploración, eco endoanal, azul de metileno o resonancia magnética.

Tratamiento: La fisioterapia del suelo pélvico iniciada entre 4-6 semanas postparto puede ser beneficiosa. En ausencia de una lesión anatómica, la condición suele resolverse entre 6-12 semanas con tratamiento expectante.

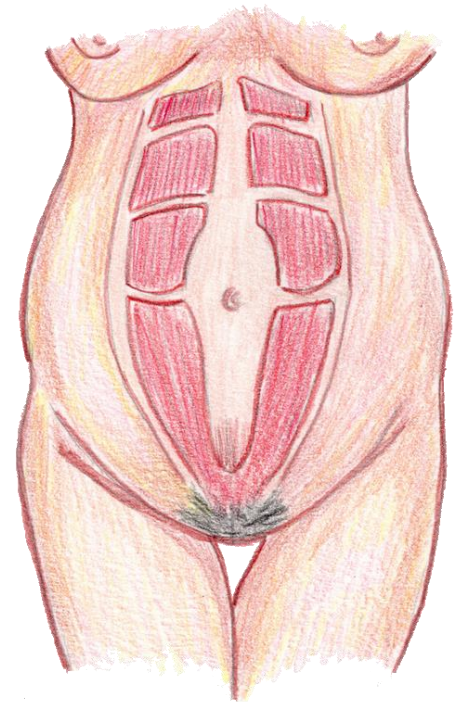


DIÁSTASIS DE RECTOS

La diástasis de rectos es una separación entre los músculos rectos abdominales que puede surgir debido al estiramiento excesivo del tejido conectivo durante el embarazo. Esta condición puede manifestarse como un "abultamiento" en el abdomen y puede requerir rehabilitación especializada para fortalecer el área afectada.

Definición: Después del parto, es común que la pared abdominal quede más laxa. Sin embargo, en la mayoría de los casos, esta recupera casi totalmente su tono después de algunas semanas. La diástasis se refiere a la separación anormal de los músculos rectos del abdomen.

¿Cómo se reconoce? Una distancia entre los músculos de más de 2 cm se considera anormal. Es importante mencionar que incluso si la separación es menor a 2 cm, pueden presentarse síntomas. Los síntomas más comunes son malestar abdominal y problemas estéticos.



Prevención: Se recomienda realizar **ejercicios prenatales preventivos** para fortalecer la pared abdominal.

Tratamiento: Aunque hay ejercicios específicos para tratar la diástasis postparto, aún no se ha demostrado que tengan resultados definitivos.

- En mujeres con sobrepeso u obesidad, adelgazar puede ayudar a mejorar la condición.
- Para mujeres que ya han alcanzado su peso ideal, una opción podría ser la plicatura electiva, siempre y cuando no deseen tener más hijos.
- Se considera el tratamiento quirúrgico únicamente en casos de gran defecto y si la mujer no desea tener más hijos en el futuro.

DIÁSTASIS SÍNFISIS PÚBICA:

Este trastorno se refiere a la separación de la sínfisis púbica, una articulación en la pelvis. Puede ser resultado de la relajación de los ligamentos pélvicos durante el embarazo y el parto, causando dolor y limitación en la movilidad. El dolor en la sínfisis púbica es una afección común durante el período periparto (alrededor del momento del parto). Durante el final del embarazo, la hormona relaxina ensancha la sínfisis del pubis para facilitar el parto, incrementando su movilidad. En mujeres no embarazadas, el espacio de la sínfisis es de 4-5 mm, pero puede aumentar 2-3 mm durante el embarazo.

Diástasis púbica: También conocida como sinfisiolisis u osteítis del pubis, es una condición poco frecuente que ocurre en menos del 1% de los embarazos y partos.

Factores de riesgo:

- Macrosomía fetal (bebés de gran tamaño).



- Parto precipitado o segunda etapa del parto muy rápida.
- Contracciones uterinas intensas.
- Historia de patología pélvica o traumatismo en el anillo pélvico.
- Multiparidad (haber tenido múltiples partos).
- Parto asistido con fórceps.

Síntomas:

- **Dolor** en la zona suprapúbica.
- Sensibilidad e hinchazón.
- Edema y dolor que se irradia hacia las piernas, cadera o espalda.
- El dolor puede intensificarse con actividades como cargar peso, caminar, subir escaleras, girarse en la cama, levantarse de una silla, toser o estornudar. Y puede despertar a la persona durante la noche.

*Generalmente se recupera la normalidad en 4-12 semanas postparto.

Diagnóstico: Se basa en la **localización del dolor** y en excluir otras causas. Puede diagnosticarse mediante exploración clínica y respuesta al tratamiento, aunque en ocasiones se pueden requerir pruebas de imagen (tener en cuenta que la separación no siempre se correlaciona con la gravedad). En raras ocasiones se puede palpar el surco en la sínfisis.

Diagnóstico diferencial con el dolor en la articulación pélvica posterior y dolor lumbar.

Manejo y tratamiento:

- Reposo relativo en posición lateral.
- Analgésicos: AINEs suelen ser más efectivos que el paracetamol.
- Calor o frío, masaje y manipulación.
- Fisioterapia y ejercicios de estabilización.
- Soporte pélvico con dispositivos ortopédicos o fajas.
- Otras opciones incluyen infiltraciones y acupuntura.
- Intervención quirúrgica solo en casos excepcionales.

Pronóstico: La mayoría (80%) se recupera completamente en los primeros 6 meses postparto. Puede reaparecer en embarazos posteriores y **no contraindica un parto vaginal**. La cesárea no minimiza el riesgo de desarrollar esta afección ni reduce el dolor, y puede asociarse con más dolor postparto persistente.

DOLOR LUMBAR - COCCINIA

El aumento de peso, cambios posturales y hormonales durante el embarazo pueden predisponer al dolor lumbar y en la región de la coccígea. Es vital que se realice una evaluación adecuada para establecer un plan de tratamiento que alivie este malestar. La coccigodinia, también conocida como dolor en el cóccix, es una afección caracterizada por dolor en la región más baja de la columna vertebral. Este tipo de malestar es particularmente común en algunas mujeres después del parto.

Coccigodinia postparto: Refiere al dolor en el cóccix experimentado después del parto. Los síntomas más comunes incluyen dolor al sentarse, inclinarse hacia atrás, levantarse de una posición sentada y permanecer de pie durante períodos prolongados. Las causas incluyen la presión ejercida sobre el cóccix durante el parto, especialmente si se utiliza la posición de litotomía dorsal o el parto se asiste con fórceps.

Puede manifestarse con disquecia (dificultad o dolor al defecar) y dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales).

El cóccix es la parte más baja de la columna vertebral, situada debajo del sacro. Actúa como punto de apoyo cuando nos sentamos y soporta el peso en esta posición. Durante el parto, especialmente si es un parto instrumentado con fórceps, el cóccix puede estar sometido a presiones adicionales, lo que aumenta el riesgo de coccigodinia.



Tratamiento:

- **Analgésicos:** Los AINEs (antiinflamatorios no esteroides) son frecuentemente prescritos para aliviar el dolor.
- **Calor o frío:** Pueden ayudar a reducir el dolor y la inflamación.
- **Protección para sentarse:** Se recomiendan cojines en forma de donut para reducir la presión sobre el cóccix al sentarse.
- **Inyección local:** Con anestésico y/o glucocorticoides, puede ofrecer alivio temporal.
- **Fisioterapia:** Particularmente ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico pueden ser beneficiosos para fortalecer la región y aliviar el dolor.

Pronóstico: Afortunadamente, el 90% de los casos de coccigodinia postparto se resolverán sin intervención médica o con un tratamiento conservador.

CONCLUSIONES

- El **ejercicio durante el embarazo** ayuda a prevenir disfunciones musculoesqueléticas posteriores
- El **parto instrumentado con fórceps** aumenta las posibilidades de daño musculoesquelético
- **La cesárea** NO se debe ofrecer como medida preventiva primaria
- La **episiotomía sistemática** NO ha demostrado prevenir la patología musculoesquelética del suelo pélvico
- Se debe interrogar a la paciente en el postparto para intentar **diagnóstico precoz**
- La **rehabilitación del suelo pélvico** es fundamental en estos casos

El postparto es una etapa de transición que presenta diversos desafíos físicos para la madre. Los profesionales de la salud deben estar equipados con el conocimiento y las herramientas necesarias para identificar y tratar estas alteraciones musculoesqueléticas postparto, garantizando una recuperación completa y efectiva.



AulaGinecología.com



Escanea el QR para ver el video!!

AulaGinecología.com