



**UNIVERSIDAD PARTICULAR
DE CHICLAYO**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ESPECIALIDAD TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

TESIS

Prevalencia del dolor lumbopélvico en gestantes en un Centro de
Salud de Chiclayo, 2021

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN TECNOLOGÍA
MÉDICA ESPECIALIDAD DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

AUTOR:

Bach. Purizaca Moreno, Marcia Alexska

ASESOR:

Mg. TM. Olazabal Boggio Karla Gabriela

Código ORCID: 0002-2171-3443

LINEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD INTEGRAL HUMANA

PIMENTEL, PERÚ

2022

Aprobado para continuar tramites

Mg. TM. Karla Gabriela Olazabal Boggio
C.T.M.P. 3205
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
H.N.A.A.A.

DEDICATORIA

IN MEMORIA

Marcial Antonio Moreno Pozo

Que a lo largo de mi vida velo por mi bienestar, siendo mi apoyo, soporte, guía y ejemplo a seguir, dándome la fortaleza necesaria para continuar, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar en ningún momento de mí, de mi capacidad e inteligencia. Por él logre encontrar mi verdadera vocación y parte de lo que soy se lo debo a él.

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento especial a mi madre Rosmery Moreno Huertas, ella es parte fundamental de mi formación personal y académica, siendo su esfuerzo, tenacidad y lucha constante, el mejor ejemplo para mí y mis hermanos.

A mis hermanos y abuela Dora Huertas De Moreno por siempre estar a disposición cuando los necesite y las enseñanzas brindadas.

Finalmente, a mis profesores, quienes fueron parte fundamental para mi formación personal y profesional brindándome sus conocimientos, preparándome para un futuro competitivo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria	2
Agradecimientos.....	3
Índice de tablas	5
Índice de figuras	6
Resumen	7
Abstract	8
I. INTRODUCCION	1
II. DESARROLLO	5
III. METODOLOGIA	20
3.1. Tipo de investigación	20
3.2. Diseño de investigación	20
3.3. Variables y operacionalización	20
3.4. Población, muestra y muestreo	21
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	22
3.6. Procedimiento de recolección de datos	23
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	24
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	25
V. CONCLUSIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	37

Índice de tablas

Tabla 1	Prevalencia del dolor lumbopélvico por grupo de edades	27
Tabla 2	Prevalencia de dolor lumbopélvico según el número de h	28
Tabla 3	Prevalencia de dolor lumbopélvico según el trimestre	29
Tabla 4	Prevalencia de dolor lumbopélvico según la cantidad de horas de trabajo de la madre	30
Tabla 5	Dolor lumbopélvico durante el embarazo según la escala visual análoga	31

Índice de figuras

Figura 1	Vértebra lumbar L3 en 4 vistas	17
Figura 2	Vista posterior del segmento lumbar	18
Figura 3	Unión intervertebral típica	18
Figura 4	Superficie ventral (A) y dorsal del sacro (B)	19
Figura 5	Escala Visual Analógica, EVA	24
Figura 6	Prevalencia de dolor lumbopélvico en gestantes	26
Figura 7	Tiempo de duración del dolor	31

Resumen

La presente investigación como objetivo determinar la Prevalencia de dolor lumbopélvico de gestantes en el Centro de Salud Túpac Amaru de Chiclayo, 2021. El estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo retrospectivo. Se realizó con la población muestral de 240 gestantes que se atendieron en el Centro de Salud Túpac Amaru de Chiclayo, 2021, La técnica utilizada fue la encuesta, como instrumento un cuestionario y la escala Análoga del dolor (EVA) como principal resultado se encontró que el 64% presentaba dolor lumbopélvico. Además, el dolor lumbopélvico se presenta mayormente en las mujeres gestantes de 23 a 26 años de edad con un 13%. En lo que respecta al dolor lumbopélvico según el número de hijos las primerizas prevalecieron con un 45%. El tercer trimestre es donde más prevalece el dolor lumbopélvico, también el porcentaje de gestantes es mayor en las mujeres que no trabajan con un 21,7%, Asimismo el 40% presenta un dolor continuo y en lo que respecta a la aplicación de la escala EVA los resultados indican que en las gestantes hay una prevalencia de dolor intenso en un 37%

Palabras claves: Prevalencia, Lumbopélvico, gestante, intensidad de dolor

Abstract

The objective of this research is to determine the prevalence of lumbopelvic pain in pregnant women at the Túpac Amaru Health Center in Chiclayo, 2021. The study of quantitative approach, retrospective descriptive type. It was carried out with the sample population of 240 pregnant women who were treated at the Túpac Amaru Health Center in Chiclayo, 2021. The technique used was the survey, as an instrument a questionnaire and the Analog scale of pain (VAS) as the main result, it was found that 64% had lumbopelvic pain. In addition, lumbopelvic pain occurs mostly in pregnant women between 23 and 26 years of age with a 13%. Regarding lumbopelvic pain according to the number of children, first-time mothers prevailed with 45%. The third trimester is where lumbopelvic pain is most prevalent, also the percentage of pregnant women is higher in women who do not work with 21.7%, 40% also have continuous pain and in regard to the application of the scale VAS results indicate that in pregnant women there is a prevalence of intense pain in 37%

Key words: Prevalence, Lumbopelvic, pregnant, pain intensity

I. INTRODUCCION

El periodo de gestación representa para la mujer un acontecimiento importante pues se verá sometida a distintitos cambios a nivel morfológico - estructural, metabólico y psicológico.

Durante este periodo la mujer gestante presenta cambios físicos profundos cambios, tanto musculo esqueléticos, físicos y emocionales, siendo fisiológicamente exclusivo de las mujeres. (1), causando en las gestantes patologías dolorosas en relación con la adopción de patrones de posturas atípicos, como: el incremento de cifosis dorsal, hiperlordosis lumbar, anteversión pélvica, protrusión de hombros, los cuales provocarían dolor lumbopélvico en la mujer gestante. (2,3,4).

Aunque el embarazo se relacione con los dolores lumbopélvicos se conocen hace mucho tiempo, esta relación ha tomado relevancia en los tiempos recientes, afectando directamente a las mujeres embarazadas su economía y estilo de vida. También es una de las condiciones musculo esqueléticas de mayor frecuencia mundialmente, repercutiendo un 50 a 70% en las mujeres gestantes, causando inconvenientes en las actividades diarias, ocasionando algún grado de incapacidad que en su mayoría no es afrontado con la importancia debida (5).

Este dolor se define como un dolor intermitente o continuo, su aparición sucede en torno a las 18° semana, obteniendo su intensidad máxima entre las semanas 24° a la 36°. No obstante estudios informan que el padecimiento de este dolor puede ser perseverante o después del parte ir en aumento (6)

El dolor lumbopélvico asociado a la gestación, ha recibido en los últimos años la importancia que merece, pues genera una gran repercusión en la vida de la gestante y en los diversos gastos relacionados a la economía, que este padecimiento conlleva, a pesar de conocerse ya hace muchos siglos.

Los diferentes artículos de la literatura internacional difieren enormemente en cuanto a revelar la probable fisiopatología, la prevalencia, los factores de riesgo y los métodos de tratamiento, por lo que algunas lecturas pueden dan una visión equivocada (7).

Larson et. al. en la investigación que realizó en la Universidad de Copenhague encontró que, en 1.600 mujeres embarazadas, al menos el 14% de las mujeres sufrieron dolor pélvico y lumbar durante el embarazo; las tasas de prevalencia fueron del 5% en el segundo 2% sexto y en el duodécimo mes 4 % ⁽⁸⁾

Joung G. et al. comentaron en su investigación que más de un tercio de las mujeres padecen patología dolorosa en gestantes, lo que consideran un grave problema que interferirá con su modo de vida actual ⁽⁹⁾.

Los estudios muestran que mientras este tratamiento es efectivo, tiene la desventaja de ser limitado ⁽⁷⁾. Con esto, es interesante explicar cómo y por qué las mujeres embarazadas adoptan este patrón de postura que es tan dañino para ella.

La condición de dolor e inmovilidad que padecen las mujeres gestantes muchas veces se ven reflejados en el desarrollo de su vida como madres, en ciertos casos la alegría que genera la espera de un hijo se ve afectada por el dolor, siendo este uno de los principales problemas para el tratamiento, ya que por su estado no se puede suministrar cualquier fármaco, por lo que el tratamiento debe de ser especializado y previo a una evaluación e identificación del tipo y la intensidad del dolor que padece la gestante.

El entendimiento de este padecimiento es una necesidad para los profesionales de la salud tanto como para el gineco-obstetra, el traumatólogo y el fisioterapeuta.

Los diversos artículos científicos explican de diversas maneras las posibles fisiopatologías, prevalencias, factores de riesgo y a su vez los tratamientos, de manera que, las lecturas parcializadas pueden dar una visión más clara.

El requerimiento de Fisioterapeutas para las mujeres gestantes que padecen este dolor ha incrementado.

Es pertinente acotar que, una de las medidas más fundamentales para el cuidado de la mujer gestante que padece dolor lumbopélvico es la prevención y tratamiento mediante una serie de ejercicios.

Desde esta especialidad es recomendable conocer la prevalencia de los factores de prevalencia en el dolor lumbopélvico de las gestantes, el aprendizaje de los cambios que se están suscitando en su cuerpo. La ejecución diaria también de ejercicios reequilibrara las fuerzas musculares, apartándole la flexibilidad necesaria para reducir los dolores que se producen en la zona lumbopélvica.

El autor de la investigación formula la siguiente problemática:

¿Cuál es la prevalencia del dolor lumbopélvico en mujeres gestantes en el Centro de salud Túpac Amaru Chiclayo?

Actualmente un gran número de gestantes padecen dolores lumbopélvicos por los cambios fisiológicos que trae consigo, por tal motivo la realización de la investigación, que por cierto es el primero que será realizado en el Centro de salud Túpac Amaru Chiclayo y en nuestra localidad.

Considerando que es un problema de salud muy doloroso y que es padecida por un tercio de las mujeres gestantes, viéndose esencialmente afectadas en su calidad de vida, no permitiendo muchas veces realizar las actividades del trabajo y del hogar, incrementando el ausentismo laboral, alteración del sueño y afectación emocional. Por ello que el presente trabajo de investigación se encargó de determinar la prevalencia y los factores coexistentes que intervienen en el dolor lumbopélvico en mujeres gestante que se atienden en el Centro de Salud Túpac Amaru – Chiclayo, siendo este Centro el principal beneficiado con la realización de este estudio, dejando a su vez un antecedente para posteriores estudios de investigación.

La investigación presenta hipótesis implícita por ser de tipo descriptiva.

Los objetivos de la investigación son:

Objetivo General:

Determinar la Prevalencia de dolor lumbopélvico de gestantes en el Centro de Salud Túpac Amaru de Chiclayo, 2021.

Objetivos Específicos:

- Identificar la prevalencia de dolor lumbopélvico por edad en las gestantes que se atienden en el Centro de Salud Túpac Amaru de Chiclayo, 2021.
- Establecer la prevalencia del dolor lumbopélvico según el número de hijos que tuvieron las gestantes que se atienden en el Centro de Salud Túpac Amaru de Chiclayo.
- Precisar la prevalencia de dolor lumbopélvico según el trimestre en el que se encuentran las gestantes que se atienden en el Centro de Salud Túpac Amaru de Chiclayo, 2021.
- Identificar la prevalencia de dolor lumbopélvico según la cantidad de horas de trabajo de las gestantes que se atienden Centro de Salud Túpac Amaru de Chiclayo, 2021.
- Conocer la prevalencia del tiempo de duración del dolor lumbopélvico en gestantes que se atienden en el Centro de Salud Túpac Amaru de Chiclayo, 2021.
- Definir la prevalencia del dolor lumbopélvico durante el embarazo según la escala visual análoga (EVA) en las gestantes. que se atienden en el Centro de Salud Túpac Amaru de Chiclayo, 2021.

II. DESARROLLO

A nivel internacional

Dentro de las investigaciones revisadas de carácter internacional tenemos a Slas, Junaid, Mustafá y Basharat (2018) con su investigación Prevalencia de dolor lumbo-pélvico en gestantes del tercer trimestre en Lahore Pakistán, realizada con el objetivo de establecer la prevalencia indicado por el dolor lumbo-pélvico entre mujeres embarazadas en su tercer trimestre de Lahore. Aplicaron una encuesta en los hospitales Lady Aitcheson y Lady Willington de Lahore a 560 mujeres embarazadas, en el tercer trimestre. Los resultados arrojaron que las mujeres embarazadas incluidas en este estudio mostraron un 40,6% de dolor lumbo-pélvico y un 59,4% sin dolor lumbopélvico. La prevalencia del dolor lumbar fue más prevalente entre los tres componentes del dolor lumbo-pélvico. Conclusión, los hallazgos de este estudio indicaron claramente que la prevalencia del dolor lumbo-pélvico es más significativa durante el embarazo. La prevalencia puntual de dolor lumbo-pélvico es del 62,1%. El aumento de peso abdominal y los cambios hormonales suponen una mayor carga para la zona pélvica y la zona lumbar ⁽¹⁰⁾.

En Australia, Flavia y Pinto (2015) realizaron una investigación "Treatment of Pregnancy-Related. La finalidad de la investigación fue estudiar la efectividad del Hatha yoga, al momento de reducir los dolores lumbopélvicos en el momento del embarazo. Se hizo un ensayo controlado aleatorio con 60 mujeres embarazadas (entre los 14 hasta 40 años) que informaron dolor lumbopélvico entre las 12 y 32 semanas de gestación entre junio de 2013 y junio de 2014. Clasificando a las pacientes en división de yoga, practicando ejercicios guiados por este método, y el grupo de orientación postural, realizando una orientación postural estandarizada de acuerdo con las instrucciones proporcionadas en un folleto. El tratamiento en cada grupo duró 10 semanas. Utilizó una escala analógica visual (EVA) para determinar la intensidad del dolor. Se utilizaron pruebas de provocación de dolor lumbar y dolor pélvico posterior para confirmar la presencia de dolor. El análisis estadístico incluyó la prueba de Mann-Whitney y la de McNemar, una prueba de Wilcoxon emparejada y el análisis de

covarianza. Resultando, con una puntuación promedio de dolor en la clasificación de yoga ($p < .0058$) mucho menor que a la de orientación postural. En los estudios de provocación del dolor lumbar se observó una reducción en su respuesta basadas en los estudios de provocación dirigidos a los dolores pélvicos posteriores reduciendo la intensidad luego de unas 10 prácticas de yoga ($p < .024$). Concluyendo que la realización de yoga tiene una mayor efectividad que la orientación postural ⁽¹¹⁾

También en Brasil Cassia, Laureano y Prush (2017) realizaron su investigación Ejercicios terapéuticos para el dolor lumbar y pélvico gestacional: una revisión sistemática. Tuvo como finalidad el estudio sistemático acerca de la realización de la Fisioterapia, a través de ejercicios terapéuticos, para prevenir los dolores lumbares y pélvicos del embarazo. Realizaron búsquedas sistemáticas de ensayos aleatorizados (ECA) en las bases de datos PubMed, Pedro, Cochrane, EMBASE, LILACS y Periódicos Capes. No hubo restricciones de fecha ni de idioma. Los términos incluidos en la búsqueda fueron: "embarazo", "lumbalgia", "dolor pélvico", "terapia de ejercicio" y sus descriptores en portugués. Se evaluó mediante la escala PED y realizaron un análisis descriptivo Se seleccionaron ocho estudios, que incluían 1781 mujeres embarazadas. Entre ellos, un estudio abordó el tema del dolor lumbar, dos se centraron en el dolor pélvico y cinco en el dolor lumbar y / o pélvico. Siete estudios presentaron alta calidad metodológica y solo un estudio tuvo baja calidad metodológica. Encontraron evidencia limitada sobre el dolor lumbar y evidencia contradictoria sobre el dolor pélvico y el dolor pélvico o bajo. Concluyendo que los ECA sobre el tema son escasos y heterogéneos, por lo que es imposible llegar a un consenso o conclusiones sobre qué protocolo de ejercicio terapéutico es más efectivo en el uso de la fisioterapia para el dolor lumbar y pélvico del embarazo ⁽¹²⁾

Baldeón (2016) en Ecuador afirmó que el dolor lumbar y pélvico son causa de la discapacidad en el tiempo de embarazo afectando física, psicológica y económicamente el modo de vida de la paciente.

El propósito de su investigación fue demostrar el impacto de la tecnología de movilización activa en la reducción del dolor pélvico lumbar en mujeres en la mitad del embarazo que asistieron a la Clínica Diurna Samuel Ratinoff en 2016. Alcance de la interpretación, diseño experimental longitudinal, usando el (EVA) y test de ejercicio repetitivo funcional, para evaluar la situación de la gestante al inicio y posterior a la aplicación de técnicas de movilización activa. Su muestra de investigación fueron 20 mujeres embarazadas. Otorgando resultados positivos, reduciendo los dolores regulares en 35%, donde según la EVA las pacientes gestantes con dolor leve fueron el 65%. Además, durante el segundo trimestre de gestación las movilizaciones fueron de ayuda, generando un 40% de valoración positiva. ⁽¹³⁾

En Ecuador Benalcázar V (2013) realizó un estudio Cualitativo – Cuantitativo sobre la prevalencia de la Lumbalgia en las mujeres gestantes en un Hospital de Quito. Su investigación lo realizó en 217 gestantes. Los resultados arrojaron que el 66% padecen dolor lumbopélvico y que fue aumentando según el avance del embarazo. También encontraron que las primerizas tuvieron prevalencia de dolor lumbopélvico comparado con las multíparas. Además 79 mujeres indicaron tener dolor moderado y severo 48 y que disminuye de acuerdo a la cantidad de hijos. En lo relacionado a la edad la prevalencia estuvo en el grupo de 19 a 23 años y por periodo de gestación la prevalencia la tuvo las que se encontraban posterior a las 36 semanas de embarazo con un 68%. A través de la Escala de EVA determinó que de la totalidad de la población con dolor lumbar el 55% presentaban de dolor medio a superior y el 32% manifestaron tener dolor severo mientras que el 13% expresaron sufrir dolores leves. Como conclusión señala la existencia de mayor prevalencia de lumbalgia, 67% ⁽¹⁴⁾.

Molina y Molina en España evaluaron qué medios terapéuticos y preventivos son efectivos a la hora de abordar la patología dolorosa de la gestante (dolor pélvico-lumbar). Realizaron una búsqueda bibliográfica en la Base de Datos Cochrane, pubmed, Medline, Cinhal, Ovid y en otras revistas electrónicas (PhysTher., Efdportes y efisioterapia). Expresando que, entre los medios terapéuticos, los beneficios de los estiramientos activos globales y el

fortalecimiento muscular, que se encontraron en la revisión de estudios, Fortalecen la idea de incluir como trabajo un programa de actividad física, organizando las sesiones de intervención según las necesidades de la gestante. Concluyendo que es fundamental solucionar la problemática de la mujer embarazada mediante un protocolo de actuación con la inclusión de aspectos preventivos y terapéuticos, como también de una atención multidisciplinar ⁽¹⁵⁾

A nivel nacional

Solís y Urbina (2015) en Lima plantearon una investigación para establecer los resultados del estudio FISIOGES (Fisioterapia de la Embarazada) el cual fue aplicado en las pacientes con siete a nueve meses de embarazo estudiadas en un hospital, de marzo a mayo del 2015. La investigación realizada es cuantitativa, prospectiva, transversal y antes y después de la intervención. Los resultados del plan FISIOGES se midió por el estándar de si el dolor inicial es menor que el final. Esta población estuvo constituida por 20 mujeres embarazadas, de las cuales 12 (60%) resultaron efectivas en el programa FISIOGES. En el ítem "Aceptabilidad de la eficacia percibida" del programa FISIOGES, los resultados fueron 95% (n = 19) de aceptabilidad y 5% (n = 1) de inaceptabilidad. Concluyeron manifestando que es aceptable y muy beneficioso el programa FISIOGES porque favorece el rompimiento de la relación entre el dolor y forma antálgicas de las embarazadas ⁽¹⁷⁾.

En Lima, el estudio de Tapia (2016) titulado "Dolor lumbar y pélvico en mujeres gestantes en la Clínica Santa Isabel-2016" tiene como objetivo determinar la duración de los dolores lumbares y pélvicos en las pacientes gestantes. Utilizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal en 66 mujeres embarazadas intervenidas en el consultorio de la Clínica Santa Isabel a través de una encuesta voluntaria anónima realizada en forma de cuestionario. Utilizó la Escala de dolor analógica (EVA). Encontró que el 60,61% de las embarazadas encuestadas padecen lumbalgia y dolor pélvico. El tercer trimestre del embarazo (82,5%) es el mes más común de dolor lumbar y pélvico. Del mismo

modo, las mujeres embarazadas con uno o más hijos tienen una mayor incidencia de dolor (embarazo múltiple: 72,5%). El esfuerzo físico influye directamente con el dolor lumbopélvico (27.5% realizan ejercicio y presentan dolores). Sin embargo, la edad no influye como un agente de riesgo para estos dolores ⁽¹⁷⁾

A nivel local

Lainez y Vásquez (2017) de la Universidad de Chiclayo realizaron una investigación para analizar la prevalencia de la Lumbalgia en las gestantes en el período de parto En el C.S. José Olaya, Chiclayo. estudio de tipo Descriptivo, Cualitativo - Cuantitativo con un nivel explicativo, cuyo diseño fue Descriptivo. La población muestral estuvo constituida por 84 gestante que cumplieron con los criterios de selección. Sus resultados arrojaron una prevalencia de lumbalgia en gestantes en el período de parto fue 72.06% predominando las primerizas en el 65.31%, la mayoría (65.31%) refirió que el dolor apareció en el III trimestre ⁽¹⁸⁾

MARCO TEÓRICO

Dolor Lumbopélvico

Según Rituanno (2015) expresa que es un dolor dentro de la zona lumbosacra específicamente en la duodécima costilla y el pliegue glúteo en el borde inferior. Se utiliza diversos términos o etimologías en el momento de sentir dolor el cual afecta anatómicamente la organización de las regiones lumbares y pélvicas especialmente en el embarazo, esto es debido a la presencia en la mujer gestante, haciendo referencia al dolor lumbopélvico de interrelación con el embarazo (incluyendo los dolores lumbares y pélvicos) ⁽¹⁹⁾. En el libro de Walker (2013) el dolor ataca directamente la cintura pélvica y se relaciona con el embarazo, se diagnostica artritis reactiva o traumatismo.

Los dolores se presentan en la cresta iliaca posterior, en el pliegue glúteo y en las proximidades de las articulaciones sacro iliacas.

Definiendo el dolor lumbar como aflicción o molestias que afectan la parte inferior del reborde costal y sobre los pliegues glúteos, presentándose en algunos casos en las extremidades inferiores ⁽²⁰⁾.

Características Clínicas del Dolor Lumbopélvico en el Embarazo

Existe una variación amplia en los diversos casos del dolor lumbopélvico en relación al embarazo, así mismo como en el tiempo. Podemos ver con frecuencia síntomas moderados, como también severos. Clínicamente las características que comúnmente se presentan son:

- Mayormente los casos de sintomatología son prudenciales, aunque no se descarta la aparición de dolores severos o de alto riesgo.
- Se presenta el dolor mayormente en la semana 18 en la etapa de embarazo, llegando a su mayor índice de intensidad en la semana 24 hasta 36.
- La presencia de un dolor en el primer trimestre del periodo de embarazo, es un indicador que habrá dolores de gran intensidad en el tercer trimestre ⁽²⁰⁾.

El dolor pélvico se basa en modelos como el stabbing y dull ache (también conocido como el dolor sordo), ubicado en la región torácica de manera quemante. Para las mujeres en etapa de embarazo no se ha presentado un porcentaje alto con respecto a los riesgos en los potenciales eléctricos de los EMG (electromiografía), principalmente de las musculaturas para espinales al momento de flexionar el tronco en las mujeres con buena condición de salud en estado de embarazo, las cuales tienen mejores trazos que las mujeres no gestantes.

Intensidad del dolor

Durante el embarazo el dolor lumbopélvico puede incrementar su intensidad con una relación directa con el transcurso del tiempo. Se realiza la cuantificación con el uso de la escala EVA, determinando el promedio de 50 a 60 mm

Walker en su libro realiza una cita de los autores Kristiansson y Cols, los cuales observaron que la mitad de los pacientes presentaban un dolor prudencial,

mientras que el 25% tenía un dolor muy intenso. Según el estudio el primer, segundo, tercer y cuarto cuartil obtuvieron una intensidad de 20, 50, 75 y mayor a 90 mm respectivamente. Además, en un estudio relacionado, observándose que el 68% presento un dolor moderado durante el embarazo junto con el dolor lumbopélvico.

El dolor lumbopélvico en el momento del embarazo, otorga una mayor intensidad en el posparto, sin embargo, tener un dolor muy elevado en el embarazo es una mala señal para el momento del posparto ⁽²⁰⁾

Aparición y duración del dolor

Lo encontramos de manera intermitente durante el embarazo, debido en algunos casos dedicar la realización por largos periodos a actividades como sentarse o caminar, lo observamos específicamente en la semana número 18 del tiempo de embarazo, aunque en algunos casos aparece en la semana 22 a 36 ⁽²¹⁾.

Localización del dolor

Según los autores Sáenz y García el dolor lumbopélvico se encuentra tanto en el pliegue glúteo, en la cumbre iliaca posterior, próxima a las articulaciones sacro iliaca, dirigiéndose hasta la parte de atrás del muslo sin presentar en la sínfisis del pubis, además se debe tener cuidado al caminar, sentarnos o mantenernos de pie ⁽²²⁾.

Discapacidad

Este tipo de dolor conlleva riesgos de discapacidad en las mujeres embarazadas, mayormente en las actividades de rutina diaria, por ejemplo, sentarse, caminar, cambiarse, cargar, sostener entre otras. Lo cual puede relacionarse con los dolores tanto pélvicos con lumbar durante las semanas de embarazo.

Según el estudio de mujeres seleccionas con dolor lumbopélvico presentado en el posparto, se observó que un índice del 40% desarrollo discapacidad entre los niveles prudenciales y fundamentales.

Es una situación normal las pacientes la incapacidad para tener relaciones sexuales, sin embargo, las pacientes con un dolor grave desarrollan una vida sexual no satisfactoria ⁽²⁰⁾.

Funcionalidad

Si bien al momento de querer mitigar la intensidad del dolor lumbopélvico optamos por la inactividad, esto puede causar un mayor grado de discapacidad o sufrimiento de la persona.

En el momento de tener un dolor de magnitud aguda, puede que realizar cualquier movimiento evocan sensaciones de dolor, sin embargo, esto no deber ser una limitación para el desarrollo de las actividades. Además, una ausencia prolongando del trabajo no es un beneficio para las pacientes embarazadas que sufren de dolor lumbopélvico, debido a que provocan un estilo de vida con actividades mínimas junto con el desarrollo de hipervigilancia. Gracias a la solución ergonómica se soluciona el problema del abandono del puesto de trabajo, debido a la modificación del entorno laboral. Las modificaciones en las posturas se caracterizan por el incremento en la lordosis lumbar contribuyendo al dolor lumbar en las mujeres embarazadas. El peso obtenido se ubica en la parte inferior de la pelvis, al igual que al incremento de los volúmenes abdominales. Por lo que se producirá una pequeña inclinación hacia delante, lo que se compensa colocando la parte del cuerpo sobre la pelvis, recuperando el centro de gravedad adecuado, sin embargo, aumentará la lordosis de la zona lumbar. En algunos de los casos esta postura, trae como consecuencia el estrés tanto en las diversas articulaciones facetarías como en los ligamentos. Las mujeres con este dolor en la etapa de embarazo, tienen dificultades para recorrer grandes tramos, además se puede observar este dolor al momento de levantarse, tener relaciones sexuales o trabajar ⁽²⁰⁾.

Clasificación del Dolor Lumbopélvico en el Embarazo:

El dolor lumbopélvico se divide según:

- A. Dolores pélvicos
- B. Dolores lumbares
- C. Dolores combinado lumbopélvico.

Criterios de dolor pélvico:

- Dolores distales inferiores a L5, ubicados cerca de la cima iliaca posterior y los pliegues glúteos.
- Dolores en la parte posterior de los muslos y las piernas, con una posibilidad de dolores en la sínfisis del pubis.
- Dolores repetitivos, determinados por dos de los 5 test de provocación, recomendando utilizar 2 test bilaterales.
- Ausencia de agentes centralizadores o de movimientos periféricos, dolor lumbar durante el test de desplazamiento lumbar repetitivo.
- Inicio de los dolores con conexión al embarazo ⁽²⁰⁾

Criterios de dolor lumbar:

- Dolores en la zona lumbar, sin presentarse en la extremidad.
- Limitación del movimiento de las articulaciones debido a la repetición o variación de la columna lumbar, arriesgándose al movimiento periférico y centrando el dolor en el momento de la exploración.
- Realización de un test dirigido a la provocación positiva ⁽²⁰⁾.

Criterios de dolor combinado lumbopélvico:

- Dolores ubicado en zonas tanto lumbar como pélvica.
- Realización de test de provocación positiva en una cantidad mayor a dos.
- Dolores en los movimientos articulables repetitivos o cambiantes, con la posible aparición de los desplazamientos periféricos o centralizados en el momento de realizar la exploración ⁽²⁰⁾.

Fisioterapia y Embarazo

La fisioterapia aparece como un medio de asistencia de prevención o educación para el bienestar de la paciente embarazada. Siendo de suma importancia para el desarrollo de adaptación frente al cambio tanto anatómico y fisiológicos que se presentaran en el momento del embarazo. Países tales como Argentina, España e incluso Chile, otorgan el rol de apoyar en la adaptación durante el embarazo y el posparto al fisioterapeuta. Otorgando una mejoría en la higiene de la postura, una preparación muscular (reduciendo la tensión y relajando músculos).

Para Dávila y Quiñonez estas generan ganancias a favor de las madres, dependiendo del desarrollo del equipo interdisciplinario, incluido el fisioterapeuta, durante el parto. Este debe fungir como cabeza en el aspecto de la zona de la salud, gestionando el desplazamiento corporal, y su crecimiento durante el tiempo de vida. Cumpliendo con el objetivo de realizar diversos roles que se asumen durante los años, con sus causas y consecuencias, basándose en la concepción biopsicosocial de ser humano ⁽²¹⁾.

Embarazo

El embarazo se da entre el establecimiento del óvulo ya fecundado en el útero, además durante el parto se evidencia cambios del metabolismo la fisiología y de la morfología del cuerpo, debido a la necesidad de nutrir y desarrollar los aspectos del feto. Siendo la gestación definida como cambios en los diversos procesos fisiológicos que permiten el desarrollo y crecimiento del feto en el interior del útero de la madre ⁽²²⁾.

Según el diccionario médico el embarazo se da desde la fecundación del óvulo, hasta la realización del parto, durando aproximadamente entre 273 a 280 días, o 40 semanas.

Adaptaciones anatómicas y biomecánicas durante el embarazo

Cambios uterinos

Mientras la masa celular incrementa unas 20 veces, el volumen intrauterino se incrementa hasta en unas 1000, incrementado desde 10 ml, pudiendo llegar desde los 2 hasta 10 litros al finalizar. El peso total incrementa de unos 70g hasta los 900g, e incluso unos 1100 g. Creciendo de 9 hasta los 33 o 35 cm ⁽²³⁾. Aumenta la lordosis lumbar por el peso ganado , se concentra en la parte inferior de la pelvis junto al aumento de volumen abdominal , el cual producirá una tendencia de inclinar el cuerpo hacia adelante, lo que lleva a la gestante a compensar inconscientemente una posición hacia atrás restaurando el centro de gravedad

Modificaciones mamarias

En el estado de embarazo, el cuerpo humano provoca que la glándula mamaria se prepare para realizar la secreción de la leche. Caracterizándose gracias a la proliferación de los agentes epiteliales, el sistema de acinos y conductos, generando actividades mitóticas y nuevos alveolos.

Durante la 5.^a hasta la 8.^a semana del proceso de gestación se observan características como un incremento del volumen de las mamas, en la pigmentación de las areolas y una leve dilatación en las venas superficiales. Luego de unas 20 semanas la proliferación del epitelio alveolar se detiene, siendo muy poco usual la presencia de células alveolares en la mitosis de la mitad siguiente de gestación. Comenzando un trabajo secretor el cual incrementa de forma progresiva hasta la finalización de embarazo ⁽²³⁾. Debido al incremento del volumen de la mama se genera una irregularidad a nivel del hombro, específicamente en la curva del dorso-lumbar, siendo compensada por la curva en la zona cérvico-dorsal, flexionando de forma exagerada la cabeza. Por lo que el ancho los músculos de los pectorales y del dorso disminuye, tensando así el plexo braquial ⁽²¹⁾.

La columna vertebral

Está constituida por cinco vértebras. Presentan una estructura similar las cuatro primeras y una variación estructural la quinta.

Sistema óseo

a. Vértebras lumbares:

La columna lumbar tiene un cuerpo enorme y ancho, adecuado para soportar el peso de la cabeza, el torso y los brazos. El peso de las 7 vértebras cervicales es casi la mitad de las 5 vértebras lumbares. Las vértebras lumbares mayormente tienen similares características.

La lámina y el pedículo son gruesos y cortos, formando una pared posterior casi triangular y una pared lateral del canal espinal. El fino proceso transversal sobresale casi horizontalmente. El proceso espinoso es ancho y rectangular, sobresaliendo horizontalmente de la unión de cada lámina. Pequeñas protuberancias del pezón sobresalen de la superficie posterior de cada proceso articular superior. Estas estructuras sirven como puntos de inserción para el músculo multifidus. La superficie articular de la columna lumbar está orientada casi verticalmente.

La carilla superior es moderadamente cóncava, orientada de medial a medial posterior. La superficie de la articulación facetaria superior de la región lumbar superior tiende a ubicarse cerca del plano sagital, mientras que la superficie de la faceta superior de la región lumbar media a inferior tiende a orientarse a medio camino entre el plano sagital y el plano frontal. La forma y la dirección de la faceta inferior y la faceta superior coinciden entre sí. En general, la superficie articular inferior son un tanto convexas y su dirección generalmente es lateral a antero lateral. ⁽²³⁾

Las carillas inferiores de L5 están conectadas a la sección superior del sacro. Las articulaciones cigapoficiarias producidas por L5-S1 suelen estar cercanas al plano frontal que otras articulaciones lumbares. La articulación cigapoficiarias de L5-S1 son fuentes importantes de estabilidad anteroposterior en la unión lumbosacra. ⁽²³⁾

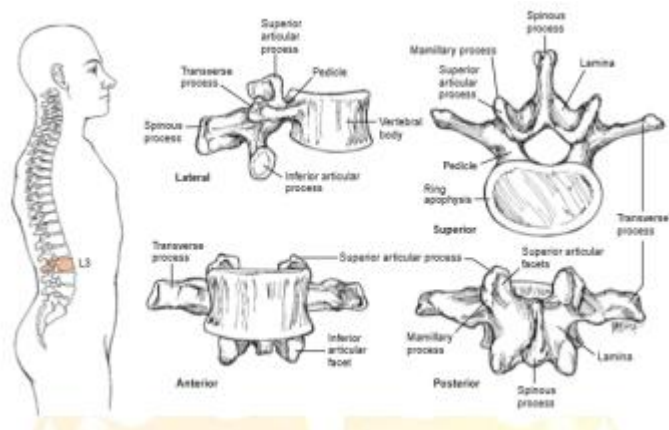


Figura 1. Vértebra lumbar L3 en 4 vistas
Fuente: Neumann AD. Fundamentos de rehabilitación física.

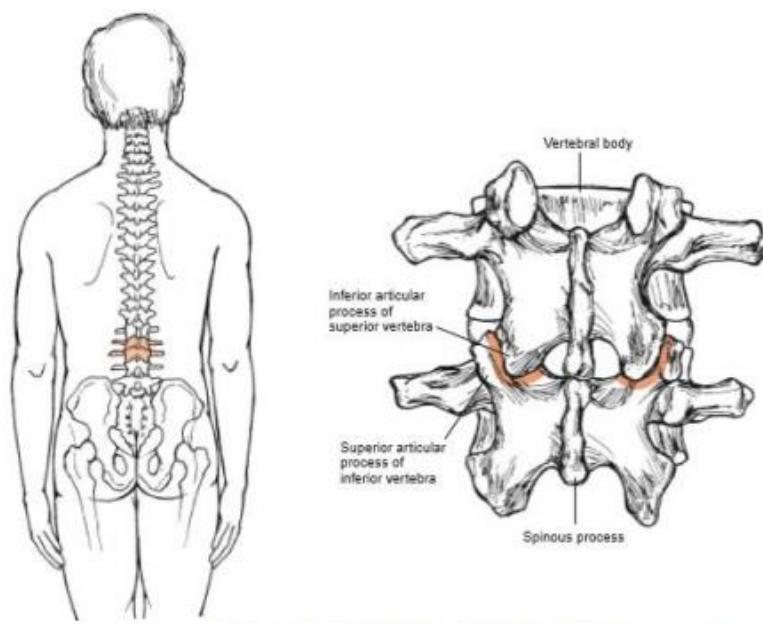


Figura 2. Vista posterior del segmento lumbar
Fuente: Neumann AD. Fundamentos de rehabilitación física.

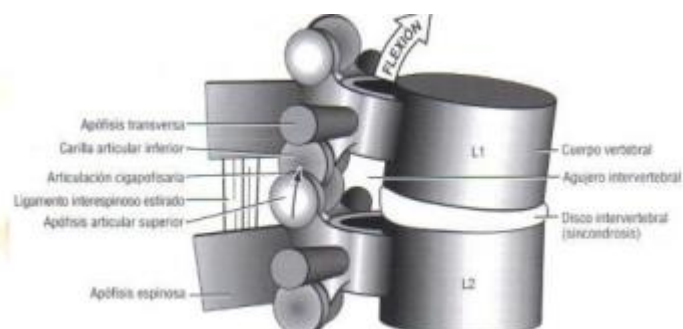


Figura 3. Unión intervertebral típica
Fuente: Neumann AD. Fundamentos de rehabilitación física.

b. Sacro

Es un hueso en forma de triángulo con su base orientada en sentido superior y su vértice hacia abajo. Transferir el peso de la columna a la pelvis es una de las funciones importantes que tiene ⁽²³⁾. La superficie anterior (pélvica) del sacro es una superficie cóncava lisa, que forma parte de la pared posterior de la cavidad pélvica. Los cuatro pares de lámina sacra ventral transmiten las ramas ventrales de los nervios espinales que constituyen la mayor parte del plexo nervioso sacro. Debido a la unión de músculos y ligamentos, la parte posterior del sacro está elevada y rugosa. Los cuatro pares de foramen sacro dorsal dan paso a la rama dorsal del nervio sacro. El límite accesorio anterior del cuerpo S1 se denomina promontorio sacro.

El canal sacro triangular acomoda y da protección a la cola del caballo. Los pedículos son muy gruesos y se extienden lateralmente para formar las alas del sacro. El fuerte proceso articular superior tiene una superficie articular que generalmente se orienta hacia atrás. Estas facetas están conectadas con las facetas inferiores de L5 para formar las articulaciones facetarias de L5-S1. La gran superficie articular está conectada con el ilion para formar una articulación sacroilíaca. La cola del sacro se estrecha para formar el ápice, el punto de conexión con el cóccix ⁽²³⁾

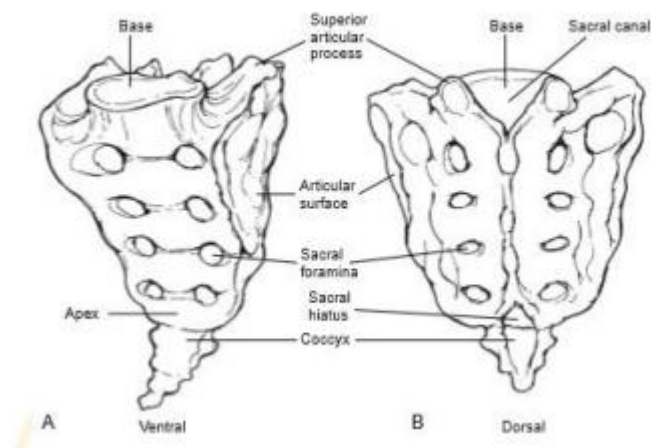


Figura 4. Superficie ventral (A) y dorsal del sacro (B)

Fuente: Neumann AD. Fundamentos de rehabilitación física.

Aparato respiratorio

La correcta respiración es fundamental durante el embarazo, ya que durante los primeros meses se produce una dilatación capilar afectando al tracto respiratorio. Provocando un incremento en el volumen de la mucosa nasofaríngea, dentro de la laringe, bronquio y tráquea. Modificando la voz y un impedimento al momento de respirar. Elevando al diafragma unos 4 cm, sin embargo, se compensa con el incremento de 2 cm en el ancho los diámetros transversos y anteroposterior de las costillas, aumento la caja torácica de 5 hasta 7 cm ⁽¹⁶⁾.

En la etapa de embarazo la mujer incrementa la cantidad de inspiración del aire, en la mayoría de los casos el desarrollo del útero provoca una presión en el diafragma forzando la respiración. El seguimiento de una buena respiración durante las actividades, ayudado con la adaptación frente a contracciones, lo que logra mitigar el dolor en los músculos y mejorar la transferencia del oxígeno hacia el feto ⁽²³⁾

III. METODOLOGIA

3.1. Tipo de investigación

La investigación es de enfoque cuantitativo

Cuantitativo; porque se considera la objetividad del tema partiendo de un proceso deductivo y utiliza la medición numérica y el análisis estadístico inferencial de los datos para los resultados ⁽²⁴⁾

3.2. Diseño de investigación

Esta investigación tiene un diseño no experimental de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

No experimental; La investigación se realiza sin la manipulación deliberada de la variable, es decir, no se hace variar la variable independiente ⁽²⁴⁾
de tipo descriptiva, observacional, retrospectiva

Descriptiva, Se registra, analiza e interpreta las características actuales de los sujetos, proceso o fenómenos ⁽²⁵⁾

Retrospectiva

Transversal; La recolección de los datos se da únicamente en un solo momento para describir las variables, el cual va a estimar prevalencias de lo que se requiere ⁽²⁴⁾

3.3. Variables y operacionalización

Variable 1

Prevalencia de mujeres gestantes

Variable 2

Dolor lumbopélvico

Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Prevalencia de mujeres gestantes	La tasa de prevalencia mide la cantidad de personas que presentan con mayor frecuencia una determinada enfermedad en una población específica	Edad de la mujer gestante	Item 1	Nominal	Ficha de recolección de datos
		Número de gestaciones previas	Item 2,3,4		
		Trimestre de gestación	Item 5		
		Horas de trabajo de la gestante	Item 6,7		
		Tiempo de dolor lumbo pélvico	Item 8		
Dolor lumbopélvico	Dolor intermitente localizado en columna baja y la pelvis	Tiempo de dolor lumbo pélvico	Puntaje 0 - 10	Nominal	Escala visual analógica (EVA)

3.4. Población, muestra y muestreo

Población:

La población estuvo representada por 240 gestantes que se atendieron en el Centro de Salud Túpac Amaru - Chiclayo, durante el periodo de enero a junio del 2021.

Muestra

Para la presente investigación se tuvo como muestra representativa a todos los componentes de la población, que se atendieron durante los seis meses.

Muestreo

Para la obtención de la muestra se utilizó un muestreo censal.

Criterios de inclusión:

- Mujeres que se encontraron en periodo de gestación
- Cualquier edad
- Pacientes que firmaron el consentimiento informado
- Pacientes que llenaron los datos completos del cuestionario

Criterios de exclusión:

- Patologías previas en la columna de la mujer gestante
- Gestantes que sufrieron accidentes antes o durante del periodo de gestación
- No firmaron el consentimiento
- Que no llenaron los datos completos del cuestionario.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1. Técnicas

Según Ander-Eg la técnica se refiere a los procedimientos y medios que vuelven operativos los métodos ⁽²⁷⁾

Se utilizaron:

La encuesta: Contiene las interrogantes que se realizó a las gestantes para obtener información respecto a las variables ⁽²⁸⁾.

La observación: Para tomar atención a características y comportamientos resaltantes de la gestante, recolección de datos de información correcta y satisfactoria.

3.5.2. Instrumentos

- **Cuestionario**, distintas preguntas relacionadas a una variable específica la cual quiere ser medida ⁽²⁶⁾. Éste consta de 8 ítems.
- **Consentimiento informado**, siendo un instrumento de medición utilizados por patrocinadores, investigadores y personas en general de las investigaciones científicas. Aplicando de manera efectiva los principios éticos universales y verdaderamente humanos. También conocido por el nombre de consentimiento informado, otorga autodeterminación, respeto y autonomía a los participantes de la investigación científica ⁽²⁹⁾
- **Escala visual-analógica E.V.A.:** Permitió medir la intensidad del dolor del paciente. Esta escala tiene niveles de numeración del 1 al 10, donde 0 significa sin dolor y 10 significa intensidad máxima, y el paciente eligió el número que mejor evalúe la intensidad del síntoma ⁽³⁰⁾.

0	Ausencia de Dolor
1 – 3	Dolor Leve
4 – 6	Dolor Moderado
7– 10	Dolor Severo

Figura 5: Escala Visual Analógica, EVA

3.6. Procedimiento de recolección de datos

- Para la recolección de los datos e información se pidió la autorización respectiva al Director del Centro de Salud Túpac Amaru de Chiclayo-Perú, 2021
- Obtenido el permiso respectivo se realizó la recolección de información de las distintas historias clínicas

- Se les explicó a las mujeres gestantes participantes el objetivo de la investigación, los criterios éticos como total confidencialidad de los datos y se les entregó el consentimiento informado para formalizar su participación.
- Se realizó una encuesta anónima de carácter voluntario a través de un cuestionario y el test de Escala Visual Analógica (EVA), con la finalidad de medir el dolor que presentó la paciente y se obtuvo con este test la máxima reproducibilidad de dolor lumbopélvico de una manera precisa e imparcial.

3.7. Técnicas de procesamientos y análisis de datos

Obtenido los datos de las muestras se utilizó el software SPSS versión 21, para ser tabulados en cuadros unidimensionales con sus respectivas frecuencias relativas y porcentuales.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El siguiente resultado es del estudio realizado en un Centro de salud Chiclayo, cuyo propósito fue determinar la prevalencia de dolor lumbopélvico en las gestantes acuden al Centro de Salud Túpac Amaru de Chiclayo, durante el período enero a junio del 2021.

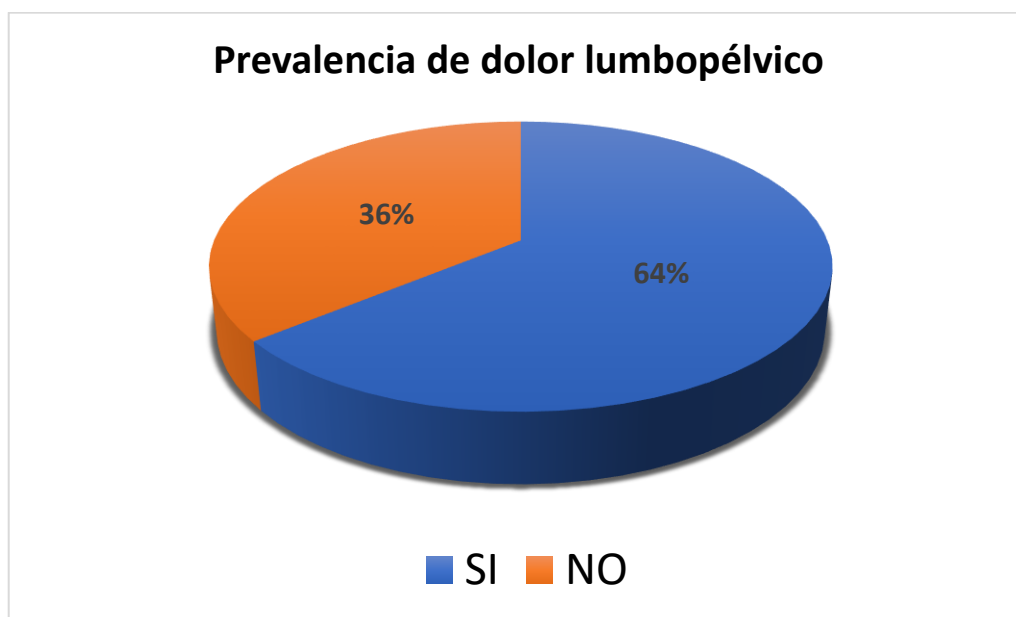


Figura 6; Prevalencia de dolor lumbopélvico en gestantes de se atendieron en el Centro de Salud Túpac Amaru de Chiclayo, 2021.

La figura 6 muestra que de las 240 mujeres gestantes el 64% (n=153) manifiesta tener un dolor, un 36% (n=87) de mujeres gestantes no presentan dolor lumbopélvico.

Este resultado está casi cerca al de los hallazgos de Slas, Junaid, Mustafá y Basharat (2018) con su investigación Prevalencia de dolor lumbo-pélvico en gestantes del tercer trimestre en Lahore Pakistán indican claramente que la prevalencia del dolor lumbo-pélvico es más significativa durante el embarazo con una prevalencia puntual de dolor lumbo-pélvico de 62,1% ⁽¹⁰⁾. Similar resultado también presenta el estudio realizado por Tapia (2016) quien muestra que el 60,61% de las embarazadas encuestadas padecen lumbalgia y dolor pélvico ⁽¹⁷⁾. Porcentajes altos en relación a los obtenidos por Molina y Molina F. en España en su investigación sobre el dolor pélvico en las embarazadas expresa una prevalencia

de lumbalgia en un 50%⁽¹⁵⁾. Por otro lado, estas premisas refutan la investigación de Mata en la Universidad de Copenhague, donde afirma que solo el 14% de las mujeres sufre durante el embarazo dolor lumbar y pélvico. Por otro lado, estos son porcentajes bajos respecto al encontrado por Láinez y Vásquez (2017) en su investigación en el C.S. José Olaya, Chiclayo cuyos resultados muestran una prevalencia de lumbalgia en gestantes en el período de preparto de 72.06% ⁽¹⁸⁾. Según la teoría este dolor ataca directamente la cintura pélvica y tiene relación con el embarazo. Existen algunas causas relacionadas con los cambios fisiológicos normales en el tiempo de embarazo como aumentar la masa corporal, alteración de la postura debido a la lordosis compensatoria por aumento del tamaño del abdomen, La hormona Rexalina causa la laxitud ligamentosa, el cambio de presión intra abdominal e intrauterina y la retención del fluido dentro del tejido conectivo ⁽²⁰⁾. Se podría decir de acuerdo al adelanto del centro de gravedad los músculos de la parte inferior de la espalda tendrían que trabajar intensamente para el sostenimiento de la columna. El agrandamiento del abdomen y la gestante busca la compensación inclinándose hacia atrás. Haciéndose más difícil este equilibrio al caminar.

Mientras la masa celular incrementa unas 20 veces el volumen intrauterino se incrementa hasta en unas 1000, incrementado desde 10 ml, pudiendo llegar desde los 2 hasta 10 litros al finalizar. El peso total incrementa de unos 70g hasta los 900g, e incluso unos 1100 g. creciendo de 9 hasta los 33 o 35 cm ⁽²⁰⁾. . esto se debe a que en la mujer gestante de forma fisiológica los músculos lumbares se activan con más intensidad, con la finalidad que su organismo haga frente al crecimiento del volumen abdominal, el útero crece entre 500 y 1000 veces su tamaño de origen, conjuntamente al peso del bebe y la placenta.

DE ACUERDO AL OBJETIVO GENERAL; Determinar la Prevalencia de dolor lumbopélvico de gestantes en el Centro de Salud Túpac Amaru de Chiclayo,2021.

Tabla 1:

Prevalencia del dolor lumbopélvico por grupo de edades

Edad	n	%	DOLOR LUMBOPÉLVICO			
			NO	%	SI	%
15 -18	18	8%	7	3%	11	5%
19 - 22	47	20%	18	8%	29	12%
23 - 26	52	22%	22	9%	<u>30</u>	<u>13%</u>
27 - 30	42	18%	18	8%	24	10%
31 - 34	30	13%	8	3%	22	9%
35 - 38	28	12%	9	4%	19	8%
39 - 42	17	7%	5	2%	12	5%
43 - 45	6	3%	0	0%	6	3%
TOTAL	240	100%	87	36%	153	64%

Fuente: Elaboración propia

Nota: Datos obtenidos de la ficha aplicada a los pacientes

En el trabajo de investigación, como se muestra en la tabla 1 se encontró embarazos en edades entre los 14 hasta y los 45 años de edad. La tabla indica datos de las mujeres embarazadas que asistieron a consulta. de las 240 participantes expresadas por grupos: 18 mujeres (8%) con edades de 15 a 18 años de las cuales 11 presentaron dolor lumbopélvico (5%) y 7 no tenían dolor (3%). 47 embarazadas (20%) con edades de 19 a 22 años de las cuales 29 tenían dolor (12%) y 18 no (8%). En el grupo con edades de 23 a 26 años 52 mujeres (22%) de las cuales 30 presentaron dolor lumbopélvico (13%) y 22 no tenía dolor (22%). En las edades de 27 a 30 años se tuvieron a 42 mujeres embarazadas de las cuales 24 (10%) presentaron dolor y 18 (8%) no presentaron. En el grupo de 31 – 34 años se encontraron 30 de las cuales 22 (9%) presentaron dolor lumbopélvico y 8 (3%) no tenía dolor. 28 embarazadas se encuentran en el grupo de 35 a 38 años de edad de las cuales 19 (8%) presentaron dolor y 9 (4%) no indicaron no tener dolor. En el grupo de 39 a 42 años se encontraron 17 embarazadas de las cuales 12 (5%) presentaron dolor y 5 (2%) no presentaron y finalmente

en las edades de 43 a 45 se encontraron 6 (3%) mujeres que todas manifestaron presentar dolor.

Haciendo un análisis de la interpretación de los resultados anteriormente mostrados podemos decir que las edades comprendidas entre los 23 y 26 años es donde más dolores lumbopélvicos se ha podido encontrar (13%), seguido de las edades de 19 a 22 de edad (12%) y en tercer lugar las mujeres del grupo de 27 a 30 años (10%). Las mujeres en las que se presentan mayor índice de embarazos es entre los 23 a 26 años que presenta un 22%, las mujeres entre los 19 a 22 años representan un 20% y las que tienen entre 27 a 30 años representan un 18%. Otras edades presentan bajo índice de mujeres embarazadas como el grupo de 43 a 45 años que representa un 3% y las de 39 a 42 con un 7%.

Esta prevalencia de resultado por grupo de edad difiere a los de Benalcázar, en su investigación encontró que la mayor cantidad de embarazadas con lumbalgia se presenta entre los 19 a 23 años ⁽¹⁴⁾, tampoco hay relación con los resultados de Laínez y Vásquez donde el dolor lumbopélvico oscilaba entre 18 a 23 años en un 63.31% ⁽¹⁸⁾

DE ACUERDO AL OBJETIVO ESPECÍFICO 1; Identificar la prevalencia de dolor lumbopélvico por edad en las gestantes que se atienden en el Centro de Salud Túpac Amaru de Chiclayo, 2021

Tabla 2:

Prevalencia de dolor lumbopélvico según el número de hijos

N° DE HIJOS	N°	%	Dolor lumbopélvico			
			NO	%	SI	%
0 hijos(primerizas)	175	72.9%	67	27.9%	108	45.0%
1 hijo	31	12.9%	8	3.3%	23	9.6%
2 hijos	24	10.0%	11	4.6%	13	5.4%
3 hijos	8	3.3%	0	0.0%	8	3.3%
4 hijos	2	0.8%	1	0.4%	1	0.4%
TOTAL	240	100%	87	36.3%	153	63.8%

Fuente: Elaboración propia

Nota: Datos obtenidos de la ficha aplicada a los pacientes

Se aprecia en la tabla 2 de las 175 pacientes primerizas el 45% (n=108) padecen de dolor lumbopélvico y el 27.9% (n=67) no presentan dolores, de las 31 mujeres gestantes con 1 hijo el 9.6% (n=23) presentan dolor y el 3.3% (n=8), también mujeres 24 mujeres gestantes con 2 hijos el 5.4% (n=13) presentaron dolor presentaron dolor y el 4.6% (n=11=) no presentaron dolor. De las 8 mujeres gestantes con tres hijos todas presentaron dolor lumbopélvico que representa el 3.3% (n=8) y las 2 mujeres gestante 1 padeció dolor lumbopélvico y la otra no.

La investigación tiene relación con la de Benalcázar donde su estudio reportó que las mujeres gestantes por primera vez son en mayor número que las mujeres multíparas ⁽¹⁴⁾. Estos resultados difieren de los encontrados por Tapia cuya mayor incidencia de dolor se dio en el embarazo múltiple con un 72,5%⁽¹⁷⁾.

DE ACUERDO AL OBJETIVO ESPECÍFICO 2; Establecer la prevalencia del dolor lumbopélvico según el número de hijos que tuvieron las gestantes que se atienden en el Centro de Salud Túpac Amaru de Chiclayo.

Tabla 3:

Prevalencia de dolor lumbopélvico según el trimestre

TRIMESTRE	SI		NO		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
I TRIMESTRE	0	0.0%	2	0.8%	2	0.8%
II TRIMESTRE	36	15.0%	56	23.3%	92	38.3%
III TRIMESTRE	<u>117</u>	<u>48.8%</u>	29	12.1%	146	60.8%
TOTAL	153	63.8%	87	36.3%	240	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Nota: Datos obtenidos de la ficha aplicada a los pacientes

De las 153 gestante que presentan dolor lumbopélvico ninguna de las 2 que se encuentra en el I trimestre presenta dolor, en el trimestre II se tienen que 36 gestantes que comprende el 15% (n=36) indicaron tener dolor y en el III trimestre el 48.8% (n=117) refirieron que si presentan dolores.

Esta investigación es menor en porcentaje comparado con el resultado encontrado por Láinez y Vásquez, quienes refirieron que el dolor también apareció en el tercer trimestre con un 65.31% ⁽¹⁸⁾. En mayor porcentaje encontramos los resultados de Tapia, que el tercer trimestre de embarazo fue el periodo más común de dolor con un 82.5% ⁽¹⁷⁾. También Benalcázar encontró que las mujeres que se encontraban desde las 36 semanas de embarazo en adelante son las que registraron tener dolor lumbar ⁽¹⁴⁾. Esto podría estar relacionado directamente con el peso del vientre y el desconocimiento postural ⁽¹⁴⁾.

DE ACUERDO AL OBJETIVO ESPECÍFICO 3; Precisar la prevalencia de dolor lumbopélvico según el trimestre en el que se encuentran las embarazadas que se atienden en el Centro de Salud Túpac Amaru de Chiclayo, 2021.

Tabla 4:

Prevalencia de dolor lumbopélvico según la cantidad de horas de trabajo de la madre

Horas de trabajo	DOLOR LUMBOPÉLVICO			
	SI	%	NO	%
12 horas	3	1.3%	0	0.0%
10 horas	4	1.7%	2	0.8%
8 horas	<u>18</u>	<u>7.5%</u>	9	3.8%
6 horas	6	2.5%	2	0.8%
4 horas	2	0.8%	0	0.0%
Ama de casa	8	3.3%	6	2.5%
No trabaja	94	39.2%	52	21.7%
Estudiante	18	7.5%	16	6.7%
TOTAL	153	63.8%	87	36.3%

Fuente: Elaboración propia

Nota: Datos obtenidos de la ficha aplicada a los pacientes

De las 153 gestantes que presentan dolor lumbopélvico: el 39.2% (n=94) no trabaja, el 7.5% (n=18) trabaja 8 horas, el 7.5% (n=18) son estudiantes, el 3.3% (n=8) son amas de casa, el 1.7% (n=4) trabajan 10 horas, las gestantes que trabajan 6 horas representan un 2.5% (n=6). El 1.3%(n=3) trabajan 12 horas y el 0.8%(n=2) trabajan solo 4 horas.

Nuestra investigación tiene similitud con los resultados de Tapia que encontró mayor porcentaje en las pacientes con más de 8 horas de trabajo laboral, un 40% ⁽¹⁷⁾. Esto se da de acuerdo a la ocupación o profesión de las gestantes.

DE ACUERDO AL OBJETIVO ESPECÍFICO 4;Identificar la prevalencia de dolor lumbopélvico según la cantidad de horas de trabajo de las gestantes que se atienden Centro de Salud Túpac Amaru de Chiclayo, 2021.

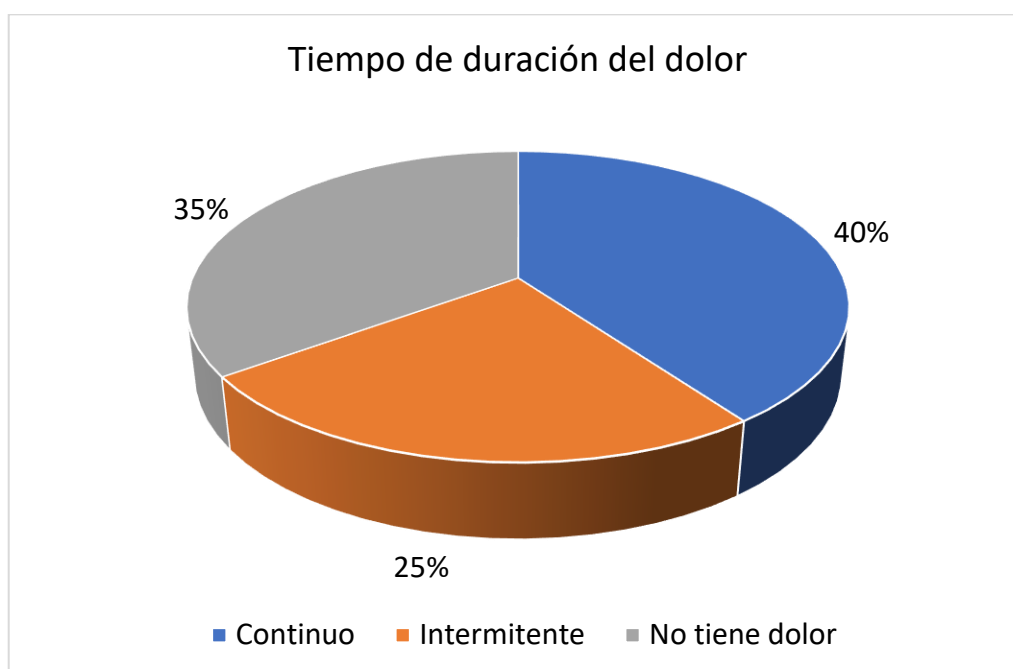


Figura 7: Tiempo de duración del dolor

La figura 7 muestra que de las 240 mujeres gestantes el 40% (n=96) manifiesta tener un dolor continuo, un 25% (60) de mujeres gestantes presenta un dolor intermitente y un 35% (n=84) no tiene ningún dolor.

Respecto al tiempo de dolor lumbopélvico en las mujeres embarazadas nuestra investigación encontró una prevalencia de dolor continuo en un 40%. Esto guarda relación con los resultados encontrados con Benalcázar donde el 66% registraron tener dolor de espalda de tipo continuo, pero, que fue aumentando el dolor según avanzó el embarazo ⁽¹⁴⁾. Teóricamente se indica que lo encontramos de manera intermitente durante el embarazo, debido en algunos factores como dedicar la realización por largos periodos a actividades como sentarse o caminar, lo observamos específicamente en la semana número 18 del tiempo de embarazo, aunque en algunos casos aparece en la semana 22 a 36 ⁽²¹⁾.

DE ACUERDO AL OBJETIVO ESPECÍFICO 5; Conocer la prevalencia del tiempo de dolor lumbopélvico en gestantes que se atienden en el Centro de Salud Túpac Amaru de Chiclayo, 2021.

Tabla 5:

Dolor lumbopélvico durante el embarazo según la escala visual análoga

Intensidad del dolor	n	(%)
Nada	87	36%
Leve	14	6%
Moderado	51	21%
Intenso	<u>88</u>	<u>37%</u>
TOTAL	240	100%

Fuente: Elaboración propia

Nota: Datos obtenidos de la ficha aplicada a los pacientes

A través de la aplicación de la Escala de Eva se pudo determinar que 88 mujeres embarazadas que comprende un 36% expresaron que tienen un dolor intenso, 51 mujeres que corresponde a un 21% registraron un dolor moderado, mientras que 14 embarazadas que equivale a un 6% presentaron un dolor leve. 87 mujeres gestantes que comprende a un 36% indicaron no presentar ningún dolor.

En nuestra investigación utilizando la escala visual análoga (EVA) en las mujeres gestantes encontró una prevalencia de dolor intenso en un 37% esto tiene similitud con los resultados de la investigación de Flávia y Pinto quienes aplicaron la EVA y tuvieron como resultado que un 64% de embarazadas tuvieron dolor intenso ⁽¹¹⁾. Estos resultados no tienen relación con los encontrados por Benalcázar que usando también la Escala de Eva pudo determinar que un 55% presentaron dolor medio ⁽¹⁴⁾. De acuerdo a la literatura durante el embarazo el dolor lumbopélvico puede incrementar su intensidad con una relación directa con el transcurso del tiempo. A través de la cuantificación con el uso de la escala EVA, determinando el promedio de 50 a 60 mm.

DE ACUERDO AL OBJETIVO ESPECÍFICO 6; Definir la prevalencia del dolor lumbopélvico durante el embarazo según la escala visual análoga (EVA) en las gestantes. que se atienden en el Centro de Salud Túpac Amaru de Chiclayo, 2021.

V. CONCLUSIONES

1. La presencia de dolor lumbopélvico en gestantes que se atienden en el Centro de Salud Túpac Amaru de Chiclayo, 2021 es considerable, siendo un 64%
2. De acuerdo a las edades de las mujeres gestantes encontramos en el grupo de 23 a 26 años de edad una prevalencia de dolor lumbopélvico con un 13%, seguido del grupo de 19 a 22 años de edad con un 12% y en tercer lugar el grupo de 27 a 30 años de edad con un 10%.
3. Las pacientes primerizas presentaron dolor lumbopélvico en un 45% (n=108), las 31 mujeres gestantes con 1 hijo manifestaron dolor en un 9.6% (n=23), las mujeres gestantes con 2 hijos presentan el 5.4% (n=13). Las 8 mujeres gestantes con tres hijos presentaron dolor lumbopélvico representando el 3.3% (n=8) y las 2 mujeres gestantes solo 1 padeció dolor lumbopélvico.
4. Con respecto a la prevalencia del dolor lumbar y pélvico de acuerdo al trimestre, el tercer trimestre representa a la mayoría de gestantes (48.8%). El II trimestre comprende el 15% y el I trimestre solo un 0.8%
5. Existe una prevalencia de dolor lumbopélvico de en las mujeres que no trabajan presentando un 39.2% (n=94), las que trabajan 8 horas y las que estudian presentan un 7.5% (n=18), diferente a las que trabajan 4 horas que representan solo un 0.8% (n=2)
6. De las 240 mujeres gestantes el 40% (n=96) manifiesta tener un dolor continuo, un 25% (60) de mujeres gestantes presenta un dolor intermitente y un 35% (n=84) no manifiesta ningún dolor.
7. La evaluación EVA indica que el 37% de mujeres gestantes tienen un dolor intenso, el 21% registraron un dolor moderado, mientras que el 6% un dolor leve y un 36% no presentan ningún dolor.

VI. RECOMENDACIONES

1. Sensibilizar a las mujeres a través informaciones y campañas respecto a padecer dolores lumbares durante la etapa de embarazo.
2. Realizar la respectiva promoción de la prevención y cuidados para evitar los dolores lumbopélvicos a través del personal de salud.
3. Realizar prácticas guiadas de ejercicios de rehabilitación a cargo de profesionales de la salud
4. Realizar futuras investigaciones y/o estudios de mayor complejidad a cargo de profesionales en favor a las madres gestantes
5. Coordinación entre el especialista en terapia física y obstetras para tener conocimiento de las prácticas preventivas para evitar complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Kisner, C. Therapeiutic exercices foundattion and tecchniques. Madrid McGraw – Hill Interamericana, 2002.
2. Acién P. Tratado de Obstetricia yGinecología. Alicante Molloy,1998.
3. González, D. The use of a modifiedd classification system in the treatment of lowback-pain during pregnancy. A case report. Orthop Sports PhisTher. 2002; 32 (7): 314-7.
4. Fernández Mora, AR; Guirado Martínez, L; Remiro Herranz, N; La lumbalgia en la mujer embarazada. Efisioterapia [serial online] 2006; 1 (1): [5 pantallas]. Disponible en: URL: <http://www.efisioterapia.net/articulos/leer210.php>
- 5 Kisney y Colby (2010) "Ejercicios y fundamentos, técnicas 5° edición Buenos Aires"
- 6 Munjin, M., Ilabaca, F. & Rojas, J. (2007). Dolor con relación al embarazo. Revista de obstetricia y ginecología de Chile, 72 (4), 258-265. doi: 10.4067/S0717-75262007000400010
- 7 Organización Mundial de la Salud. (2000). Manejo de las complicaciones del embarazo y parto. Guía para obstetrices y médicos. [Traducido al español de Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/924154583_79/es.
8. Larsen, EC et al. Pregnancy associated pelvic pain. I: Prevalence and risk factors. Ugeskr Laeger. 2000;162(36):4808-12.

9. Young, G; Jewell, D. Intervenciones para la prevenir el tratamiento del dolor pélvico y lumbar durante los embarazos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochranne Plus, 2006 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

10. Maheen Shadd, Muhammad Junaid Ijaz, Mhammad Mustafa Quamar y Ayesha Basharat (2018) Prevalence of Lumbo-Pelvic Pain in Pregnant Women of Third Trimester in Lahore Pakistan. Vol. 17 No. 01 (2018): Journal the Liaquat University of Medical & Health Sciences <http://ojs.lumhs.edu.pk/index.php/jlumhs/article/view/49>

11. Roseny Flávia Martins and João Luiz Pinto e Silva (2014) "Treatment of Pregnancy-Related Lumbar and Pelvic Girdle Pain by the Yoga Method: A Randomized Controlled Study". The Journal of Alternative and Complementary Medicine Vol. 20, No. 1. Published Online: 23 Jan 2014.

12. Cássia Colla Luciana, Laureano Paiva Rafaela y Prusch Thomaz (2017) Therapeutic exercise for pregnancy low back and pelvic pain: a systematic review. Scielo. Br. <https://doi.org/10.1590/1980-5918.030.002.AR03>

13. Baldeón Castro, Nathaly Betzabé (2016) Influencia de las Técnicas de Movilizaciones Activas en el dolor lumbopélvico y la funcionalidad física en mujeres embarazadas que acuden a la Clínica del Día Samuel Ratnoff, 2016 Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Tesis de Licenciatura. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/6985/1/T-UCSG-PRE-MED-TERA-77.pdf>

14. Benalcázar V. Análisis de la prevalencia de la lumbalgia en las mujeres en periodo parto que acuden al Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito, durante el periodo de mayo a julio 2012. Disertación de grado para optar por el Título de Licenciada en Terapia Física. Pontificia Universidad

Católica del Ecuador. Facultad de Enfermería. Terapia Física. Quito, agosto 2013.

15. Molina M y Molina F. El dolor pélvico en la embarazada: Ejercicio y actividad. 2007. Rev. Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. España. Rev. 48 Rediris. Vol. 7 (27) pp. 266 - 273.
<http://cdeporte.rediris.es/revista/revista27/artembarazo60.htm>
16. Solís Loyola D y Urbina Palacios. (2015) "Efectividad del programa FISIOGES para el tratamiento del dolor lumbopélvico en mujeres entre el séptimo y noveno mes de gestación" Universidad Nacional mayor de San Marcos. Lima. Perú. Disponible en
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3438/Solis_Is.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Tapia Montes G. (2019) "Dolor lumbar y pélvico en madres gestantes que acuden a la clínica Santa Isabel, 2016". Tesis de licenciatura. UNFV. Lima
Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3143>
18. Láinez Gómez y Vásquez Monja (2017) "Análisis de la prevalencia de la lumbalgia en las gestantes en el período de parto que acuden al centro de Salud José Olaya - Chiclayo, durante el período mayo 2017"
19. Ritunnano, A. (2013). "Dolor lumbar y desequilibrio lumbopélvico". Reeducción CORE. España. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10835/2427>
20. Walker, C. (2013). "Fisioterapia en Obstetricia y Uroginecología" (2da ed.). España: Elsevier. Disponible en:
<https://drive.google.com/file/d/0BxMIzHUiD4igYUt1OVZxaUt3Qlk/view>
21. Dávila Noboa, C., & Quiñonez Viana, M. (2013). Intervención del Fisioterapeuta como coadyuvante para el desarrollo adecuado en el proceso

de gestación. Ibarra, Cotacachi Disponible
en:<http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/2710>

22. Sáez Garcia, M. (22 de junio de 2015). Fisioterapia para el dolor lumbopélvico en el embarazo. Revisión Sistemática Cualitativa. Alcalá de Henares. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10017/22095>
23. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill.
24. Tamayo y Tamayo, M (2007). El proceso de la investigación científica; incluye glosario y manual de evaluación de proyectos. 4a. ed. Guadalajara: Limusa, (P. 37)
25. Neumann AD. Fundamentos de rehabilitación física. Cinesiología del Sistema Musculoesquelético. 1.a ed. Winsconsin: Paidotribo; 271-278 p.
26. Sampiere, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2010). "Metología de la Investigación (Quinta Edición ed.). México: Disponible en:
https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
27. Ander-Egg, Ezequiel (1987): Técnicas de investigación social. 21a. ed. México: El Ateneo. P.42
28. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la investigación* (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill.

29. Roberto Cañete, Dirce Guilhem, Katia Brito (2016) "Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales". Acta bioética. vol.18 N°.1 Santiago jun. 2012. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2012000100011>
30. Vicente Herrero, S. Delgado Bueno, F. Bandrés Moyá, M. V. Ramírez Iñiguez de la Torre y L. Capdevila García (2018) "Valoración del dolor". Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Revista Social esp. dolor. 2018; 25(4): 228-236. DOI: 10.20986/resed.2018.3632/2017

ANEXO 1



“PREVALENCIA DEL DOLOR LUMBOPELVICO EN GESTANTES
EN UN CENTRO DE SALUD DE CHICLAYO,2021.”



ENCUESTA DIRIGIDA A MUJERES GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD TUPAC AMARU – CHICLAYO

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MEDICA

ESPECIALIDAD TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

DATOS GENERALES:

H.C. N°:

ESTADO CIVIL:

OCUPACIÓN:

MESES DE GESTACIÓN:

DATOS CLINICOS:

1. ¿CUAL ES SU EDAD?

2.¿HA GESTADO ANTERIORMENTE?

SI ☐

N° DE GESTACIONES: _____

N° DE HIJOS: _____

PARTO VAGINAL ☐

CESAREA ☐

ABORTO ☐

☐

NO

3. PRESENTÓ EN LA GESTACIÓN ANTERIOR DOLOR EN LA ZONA LUMBOPÉLVICA:

SI ☐ NO ☐

4. PRESENTA DOLOR LUMBOPÉLVICO EN SU ACTUAL GESTACIÓN:

SI ☐ NO ☐

5. DE TENER DOLOR ¿EN QUE TRIMESTRE EMPEZÓ EL DOLOR LUMBOPÉLVICO?

PRIMER TRIMESTRE ☐ SEGUNDO TRIMESTRE ☐

TERCER TRIMESTRE ☐

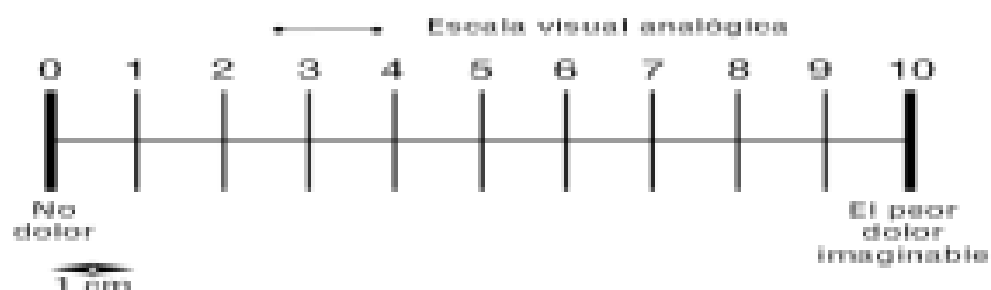
6. ¿CUÁNTAS HORAS DE TRABAJO REALIZA?

7. ¿HA PADECIDO ENFERMEDADES O AFECTACIONES DE COLUMNA LUMBAR Y/O PELVIS PREVIAS A LA GESTACIÓN?

SI ☐ NO ☐ ESPECIFIQUE: _____

8. TIEMPO DE DURACIÓN DEL DOLOR LUMBOPÉLVICO:

ESCALA DE EVA



NADA (0)	LEVE (1-3)	MODERADO (4-7)	INTENSO (8-10)
----------	------------	----------------	----------------

1. Según de la escala visual analógica del dolor, marque:

- Nada ☐
- Leve ☐
- Moderado ☐
- Intenso ☐

ANEXO 2

VALIDACION DE ENCUESTA

"PREVALENCIA DEL DOLOR LUMBOPELVICO EN GESTANTES EN UN
CENTRO DE SALUD DE CHICLAYO,2021."

**ENCUESTA DIRIGIDA A MUJERES GESTANTES DEL CENTRO
DE SALUD TUPAC AMARU – CHICLAYO**



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA

ESPECIALIDAD TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN



DATOS GENERALES:

H.C. N°:

ESTADO CIVIL:

OCUPACIÓN:

MESES DE GESTACIÓN:

DATOS CLINICOS:

1. ¿CUAL ES SU EDAD?

2.¿HA GESTADO ANTERIORMENTE?

SI ☐ N° DE GESTACIONES: _____ N° DE HIJOS: _____

PARTO VAGINAL ☐ CESAREA ☐ ABORTO ☐

NO ☐

**3.PRESENTÓ EN LA GESTACIÓN ANTERIOR DOLOR EN LA ZONA
LUMBOPÉLVICA:**

SI ☐ NO ☐

4. PRESENTA DOLOR LUMBOPÉLVICO EN SU ACTUAL GESTACIÓN:

SI ☐ NO ☐

5. DE TENER DOLOR ¿EN QUE TRIMESTRE EMPEZÓ EL DOLOR LUMBOPÉLVICO?

PRIMER TRIMESTRE ☐ SEGUNDO TRIMESTRE ☐

TERCER TRIMESTRE ☐

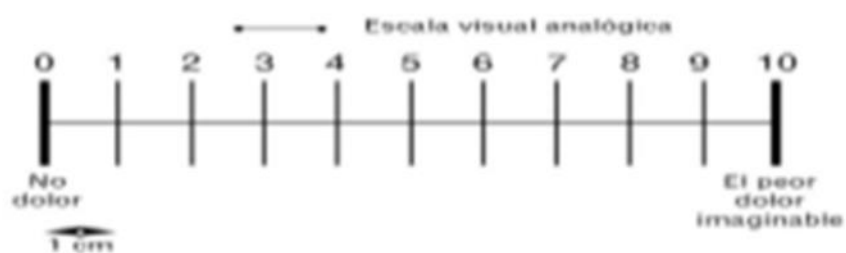
6. ¿CUÁNTAS HORAS DE TRABAJO REALIZA?

7. ¿HA PADECIDO ENFERMEDADES O AFECTACIONES DE COLUMNA LUMBAR Y/O PELVIS PREVIAS A LA GESTACIÓN?

SI ☐ NO ☐ ESPECIFIQUE: _____

8. TIEMPO DE DURACIÓN DEL DOLOR LUMBOPÉLVICO:

ESCALA DE EVA



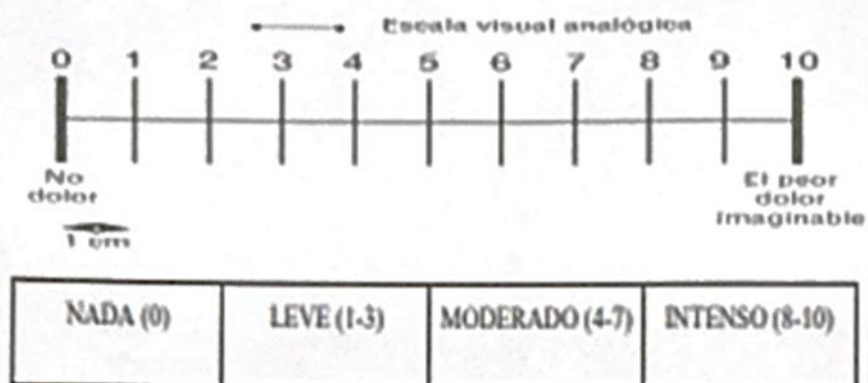
NADA (0)	LEVE (1-3)	MODERADO (4-7)	INTENSO (8-10)
----------	------------	----------------	----------------

1. Según de la escala visual analógica del dolor, marque:

- Nada ☐
- Leve ☐
- Moderado ☐
- Intenso ☐

Mg. Oscar Mantecón Licea
CE: 002807786
VALIDACIÓN FICHA.

ESCALA DE EVA

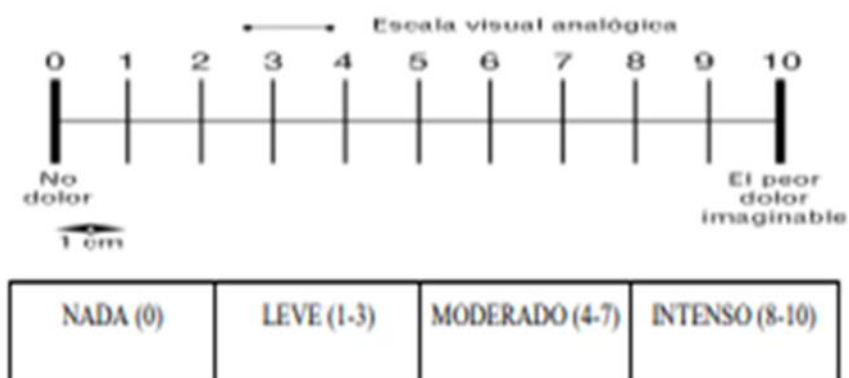


1. Según de la escala visual analógica del dolor, marque:

- Nada ☐
- Leve ☐
- Moderado ☐
- Intenso ☐

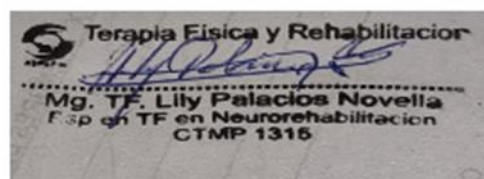
Mg. TNC Ana María Escalante Bernaldo
 C.T.M.P. 2112
 TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
 H.N.A.A.

ESCALA DE EVA



1. Según de la escala visual analógica del dolor, marque:

- Nada ☐
- Leve ☐
- Moderado ☐
- Intenso ☐



ANEXO 3



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGIA MEDICA
ESPECIALIDAD TERAPIA FISICA Y REHABILITACION



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada "PREVALENCIA DEL DOLOR LUMBOPELVICO EN GESTANTES EN UN CENTRO DE SALUD DE CHICLAYO,2021", éste es un proyecto de investigación científica que cuenta con el respaldo y financiamiento de la Universidad Particular de Chiclayo. Entiendo que este estudio busca conocer Determinar la Prevalencia de dolor ~~lumbopélvico~~ de gestantes, y sé que mi participación se llevará a cabo en el Centro de Salud Túpac Amaru de Chiclayo, y consistirá en responder una encuesta que demorará alrededor de 5 minutos. Me han explicado que la información registrada será confidencial y anónimo, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados.

Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, si que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo. Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí.

Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento.

Firma participante: _____

Fecha: _____

ANEXO 4



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE
INDEPENDENCIA"

CONSTANCIA

El que suscribe Humberto Ordinola Tapia, Medico Jefe Del Centro De Salud
Tupac Amaru.

HACE CONSTAR:

Que la Srta. Marcia Alexska Purizaca Moreno egresada de la facultad Ciencias
de Salud escuela de Tecnología Médica especialidad de Terapia física y
Rehabilitación de la Universidad Particular de Chiclayo, identificada con el DNI
74653790, ha ejecutado el proyecto de tesis titulado "Prevalencia del dolor
lumbopélvico en gestantes en un Centro de Salud de Chiclayo, 2021", desde el
19 de enero al 19 de julio del presente año, cumpliendo eficiente su proceso de
experimento según cronograma presentado.

Se expide el presente documento, a solicitud escrita de la interesada para los
usos y fines que viere por conveniente.

Chiclayo 20 setiembre del 2021

