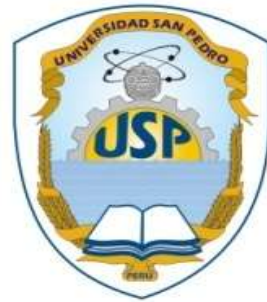


UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA



**Análisis de prevalencia de la lumbalgia en las mujeres en
periodo preparto que acuden al Hospital Jorge Reategui
Delgado de la Ciudad de Piura**

Tesis para obtener el Título de Licenciado en Tecnología Médica en
Terapia Física y Rehabilitación

Autor:

Burgos Huiman Katia Mercedes

Asesor:

LIC.TM Valladares Macalupu Jessenia

Piura – Perú

2017

Palabras Claves:

Dolor, Lumbalgia, periodo prenatal

Keywords:

Pain, low back pain, prenatal period

Lineas de Investigation:

Salúd Publica

Título:

Análisis de prevalencia de la lumbalgia en las mujeres en periodo preparto que acuden al Hospital Jorge Reategui Delgado de la Ciudad de Piura

Resumen:

OBJETIVO GENERAL : Analizar la prevalencia de lumbalgia en las mujeres embarazadas que en el período de parto acuden para control al Hospital Jorge Reátegui Delgado de la ciudad de Piura, durante los meses de junio a agosto de 2016.

METODOLOGIA: La investigación es de tipo cualitativo cuantitativo con un nivel explicativo que demanda de un estudio de campo, con la recopilación de datos en forma directa mediante encuestas, para establecer la relación de los factores de prevalencia de lumbalgia en mujeres embarazadas, valoraciones que se realizaron a partir de los resultados cuantitativos de la investigación.

RESULTADOS: La población tomada para el presente examen se refiere a 217 mujeres embarazadas que acudieron a controlar y recibir tratamiento en el Hospital "Jorge Reátegui Delgado" del distrito de Piura, prueba que se realizó en el período de mayo a julio de 2016, tratando de descubrir información sobre la omnipresencia de la agonía lumbar en mujeres en el período prepartum.

Cuando se estableció el ejemplo, se establecieron las técnicas para el uso de la encuesta organizada con anticipación, donde las consultas buscaron reconocer la cantidad de embarazos de los pacientes, cuánto tiempo dura el embarazo actual, en caso de que ha sentido agonías, cuando apareció la inquietud, ante la posibilidad de que ella esté trabajando y si este movimiento se suma al tormento lumbar de la mujer embarazada.

Como un componente del trabajo de exploración, la Escala analógica visual (VAS), una escala numéricamente evaluada para la evaluación de la fuerza de tormento, se conectó con el objetivo final para decidir los ámbitos de tormento en la región vertebral lumbar. Complementado por el ensayo clínico de Lasegue y Kerning, que trata de saber si los tormentos de la columna vertebral se comparan con la lumbalgia o la lumbociatalgia. Por fin, la tarjeta de evaluación fisioterapéutica se conectó para decidir si los ejercicios diarios de las mujeres embarazadas influyen en el tormento lumbalgico.

TABLA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I: GENERALIDADES	1
1.1 INTRODUCCIÓN	1
1.2 ANTECEDENTES	3
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	6
1.5 OBJETIVOS.....	9
1.6 HIPÓTESIS	9
1.7 METODOLOGÍA	10
1.7.1 Tipo de estudio	10
1.7.2 Población de estudio.....	10
1.7.3 Recolección de datos	11
1.7.4 ANÁLISIS DE DATOS.....	12
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1 BIOMECÁNICA DE LA COLUMNA LUMBAR.....	13
2.1.1 CAMBIOS BIOMECÁNICOS DURANTE EL EMBARAZO Y LUMBALGIA.....	16
2.1.1.1 PELVIS ÓSEA FEMENINA.....	20
2.1.1.2 DIFERENCIAS ANATÓMICAS ENTRE LA PELVIS ÓSEA MASCULINA Y FEMENINA.....	22
2.1.1.3 ELEMENTOS MUSCULARES.....	24
2.1.2 FACTORES BIOMECÁNICOS QUE INTERVIENEN EN LA LUMBALGIA DURANTE EL EMBARAZO.....	31
2.2 LA LUMBALGIA.....	35
2.2.1 FACTORES DE LOS CAMBIOS BIOMECÁNICOS EN LA COLUMNA LUMBAR DURANTE EL EMBARAZO.....	36
2.2.2 EFECTOS DE LAS HORMONAS DURANTE EL EMBARAZO.....	38
2.2.3 CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR.....	40
2.2.4 DIAGNÓSTICO.....	41
2.2.5 ENTORNO PSICOSOCIAL	44
2.2.5.1 POSTURA CORPORAL	46
2.2.5.2 BENEFICIOS DE UNA CORRECTA HIGIENE POSTURAL DURANTE EL	

EMBARAZO	47
2.2.5.3 CUIDADOS ERGONÓMICOS DURANTE EL EMBARAZO	47
2.2.5.4 POSTURAS PARA LAS TAREAS DEL HOGAR	49
2.2.5.5 RECOMENDACIONES PARA PUESTOS DE TRABAJO	52
2.2.5.6 RECOMENDACIONES DEL EJERCICIO FÍSICO DURANTE EL EMBARAZO.....	55
2.2.5.7 EJERCICIOS PARA EMBARAZADAS	56
CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	62
3.1 INTRODUCCIÓN	62
3.2 ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA DE LUMBALGIA.....	63
3.2.1 Prevalencia de lumbalgia	63
3.2.2 Prevalencia de lumbalgia por edad y período de gestación	64
3.2.2.1 Prevalencia de lumbalgia por edades	64
3.2.2.2 Prevalencia de lumbalgia por período de gestación	65
3.2.3 Análisis de intensidad de dolor mediante la Escala de Eva	66
3.2.4 Relación entre la lumbalgia y el número de embarazos	67
3.2.5 Prevalencia de lumbalgia o lumbociatalgia	68
3.3 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN FIOTERAPEUTICA DE LA MUJER GESTANTE EN SU VIDA COTIDIANA	69
3.3.1 Repercusión del dolor lumbar en las actividades diaria de las mujeres gestantes	69
3.3.2 Cómo afecta el dolor lumbar a la mujer en los gestos de vida cotidiana	70
3.3.3 Limitación que tiene lamujer gestante para recoger algo del suelo	71
3.3.4 Afección del dolor al permanecer de pie por tiempo prolongado.....	72
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES.....	76
BIBLIOGRAFÍA	77
ANEXOS	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	
Diferencia entre pelvis femenina y pelvis masculina	23
Tabla 2:	
Músculos Perineales	30

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración N° 1	
Función de la Pinza vertebral	13
Ilustración N° 2	
Disposición angulada de las vértebras lumbares inferiores	14
Ilustración N° 3	
Movimientos de anteversión (a) y retroversión pélvica (b).....	15
Ilustración N° 4	
Cambios biomecánicos durante el embarazo	17
Ilustración N° 5	
Mecanismo de la Articulación Sacro Iliaca (Hipomovilidad)	19
Ilustración N° 6	
Movimiento de nutación y contranutación.....	19
Ilustración N° 7	
Pelvis Ósea Femenina.....	20
Ilustración N° 8	
Pelvis Femenina	21
Ilustración N° 9	
Configuración de los cuatro tipos de pelvis femenina	22
Ilustración N° 10	
Pelvis hombre y mujer	23
Ilustración N° 11	
Musculatura abdominal	24
Ilustración N° 12	
Músculo recto abdominal	25
Ilustración N° 13	
Músculo cuadrado lumbar	26
Ilustración N° 14	
Músculos del suelo de la pelvis de la mujer.....	28

Ilustración N° 15	
Suelo pélvico.....	29
Ilustración N° 16	
Evolución de la lordosis lumbar en chimpancé embarazada.....	31
Ilustración N° 17	
Evolución de la lordosis lumbar en las mujeres embarazadas	32
Ilustración N° 18	
Ángulo lumbosacro.....	33
Ilustración N° 19	
Cambios en columna lumbar y pelvis en el embarazo.....	34
Ilustración N° 20	
La columna lumbar en el sector lumbar	35
Ilustración N° 21	
Maniobra de Kernig.....	42
Ilustración N° 22	
Maniobra de Gowers-Bragard.....	42
Ilustración N° 23	
Laséque Bragard	43
Ilustración N° 24	
Maniobra de Patrick.....	43
Ilustración N° 25	
Posturas para las tareas en la cocina	49
Ilustración N° 26	
Posturas para tender la cama	50
Ilustración N° 27	
Posturas para planchar	50
Ilustración N° 28	
Posturas para aspirar	51
Ilustración N° 29	
Posturas para barrer o trapear.....	51
Ilustración N° 30	
Recomendaciones en el diseño y puesto de trabajo	52
Ilustración N° 31	
Posición del cuerpo frente al computador	53
Ilustración N° 32	
Aumento del estrés lumbar cuando la carga se lleva separado del cuerpo	54

Ilustración N° 33	
Valores del peso ideal	54
Ilustración N° 34	
Ejercicio de elevación pélvica	57
Ilustración N° 35	
Ejercicio recostada en la Posición de Parto Común.....	58
Ilustración N° 36	
Estiramiento hacia atrás.....	58
Ilustración N° 37	
Ejercicio en posición de Sastre	59
Ilustración N° 38	
Ejercicios “a gatas”	60
Ilustración N° 39	
Ejercicio de elevación y flexión de pierna	60
Ilustración N° 40	
Ejercicio de anteversión y retroversión pélvica	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	
Prevalencia de dolor de espalda baja en mujeres gestantes que acuden al Hospital	63
GRÁFICO 2	
Prevalencia de lumbalgia por edades en mujeres gestantes que acuden al Hospital.....	64
GRÁFICO 3	
Prevalencia de lumbalgia por período de gestación en mujeres gestantes que acuden al Hospital	65
GRÁFICO 4	
Análisis de la intensidad de dolor de acuerdo a la Escala de Eva en mujeres gestantes que acuden al Hospital	66
GRÁFICO 5	
Relación entre el padecimiento de lumbalgia y el número de hijos en mujeres gestantes que acuden al Hospital.....	67

GRÁFICO 6	
Prevalencia de lumbalgia o lumbociatalgia en mujeres gestantes que acuden al Hospital	68
GRÁFICO 7	
Repercusiones del dolor lumbar en las actividades de la vida diaria en mujeres gestantes que acuden al Hospital.....	69
GRÁFICO 8	
Como afecta el dolor lumbar en los gestos de la vida cotidiana de las mujeres gestantes que acuden al Hospital	70
GRÁFICO 9	
Limitación para levantar algo del suelo en mujeres gestantes que acuden al Hospital	71
GRÁFICO 10	
Afectación del dolor al permanecer de pie por prolongado tiempo en mujeres gestantes que acuden al Hospital.....	72

ANEXO

ANEXO 1	
ENCUESTA DIRIGIDA A MADRES GESTANTES.....	86
ANEXO 2	
FICHA DE EVALUACIÓN FISIOTERAPEUTICA DE LA MUJER GESTANTE.....	88
ANEXO 3	
FICHA DE EVALUACIÓN KINÉSICA	90

CAPÍTULO I: GENERALIDADES

1.1 INTRODUCCIÓN

El embarazo es un estado en el que se descubren algunos factores que afectan la condición de bienestar y la mentalidad de la dama; Los puntos de vista, por ejemplo, la cantidad de embarazos, la dieta, la edad, la acción relacionada con la palabra, entre diferentes marcadores son de importancia específica al evaluar el estado de bienestar de la mujer embarazada y los posibles resultados de sufrir algún tipo de malestar, para esta situación el examen alude a la agonía de la espalda en el momento del embarazo, en lo que respecta a Chávez D. (2012) caracteriza la agonía de la espalda baja como "un trastorno que se caracteriza por la proximidad del tormento en la zona lumbar vertebral o paravertebral y se une regularmente al tormento iluminado o aludido "; Este tormento es un destacado entre los más reconocidos en el embarazo por lo que el examen es de importancia solitaria.

El objetivo de la exploración es decidir la tasa de predominio del tormento lumbar en mujeres embarazadas en el período prenatal que van al "Hospital Jorge Reátegui" en el período de mayo a julio de 2016; como base, las investigaciones radiológicas realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el tormento lumbar demuestran que "en las mujeres embarazadas hay una disminución de la curva lumbar; lo que demuestra que el tormento que soportan las mujeres embarazadas se debe a la situación de hiperlordosis". La dama recibe debido a un embarazo que impulsa la pelvis hacia adelante ", mientras que al abrazar esta situación hay más peso en la placa intervertebral y los tendones que deciden la disposición de la hernia o las distensiones circulares, lo que produce imágenes de ciatalgia.

La exploración establece los cambios biomecánicos que ocurren en la columna vertebral en medio del embarazo, un examen importante para comprender los motivos de la agonía en el período previo al parto.

Además, los factores de frecuencia, por ejemplo, edad, número de embarazos, movimiento relacionado con las palabras, período de embarazo, entre diferentes ángulos; Los datos que

adicionalmente se ofrecen ascienden a las pruebas con los datos del examen de campo para configurar la realidad actual sobre el tema de la exploración.

El examen reacciona a un pensamiento subjetivo cuantitativo, estructura que permitió sistematizar los procedimientos bibliográficos y de campo para llevar a cabo la descripción de los resultados en tablas y tablas de hechos en las que se basa la investigación y la comprensión de los efectos posteriores de la información obtenida. . de las diversas fases de la exploración que tomaron como un examen las mamás embarazadas que reciben atención en el Hospital Reátegui Delgado.

El informe del examen se presenta en tres partes, en la primera, se presentan los componentes del problema, en el Capítulo II se presenta el sistema hipotético en el que se refuerza la exploración y, en el Capítulo III, se muestran las consecuencias de la exploración, los fines y las sugerencias. Llegado a hacia el final Del examen se emiten.

1.2 ANTECEDENTES

Chartow, L. (2008) caracteriza que "el tormento lumbar es visto como uno de los problemas del bienestar masivo, pensando en su frecuencia, repercusiones sociales y financieras, circunstancias que están relacionadas con la patología lumbar"; Este es un problema médico que atormenta al paciente y, de vez en cuando, incluso debido a su naturaleza etiológica, puede causar una incapacidad de estado fijo; En el momento del embarazo, las mujeres tienen una tasa más alta debido a la posición de hiperlordosis del cuerpo. Para esta situación, los pacientes experimentan los efectos negativos de una agonía a una agonía excepcional, por lo que acuden a las administraciones de bienestar para ser evaluados y de este modo reciben un tratamiento que reduce el tormento, una necesidad que le permite recuperar la portabilidad suprema y mitigar su enfermedad.

La OMS descubre que "ocho de cada diez individuos tienen un tormento lumbar con el tiempo en sus vidas" y es el factor fundamental de la no aparición en individuos financieramente dinámicos, esta asociación también distribuye que "seis de cada diez mujeres embarazadas experimentan los efectos negativos de tormento lumbar, causas Hay algunos entre otros: la cantidad de medios de transporte, la edad, la pesadez de la madre

antes del embarazo, el peso fetal y el contexto histórico de la agonía lumbar también se han relacionado con estos efectos secundarios en la vasta mayoría de las investigaciones ".

La investigación sobre el tormento lumbar se completa en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, una fundación de bienestar que desde 1953 abrió sus vías para brindar atención a las mujeres en el control del embarazo y ayudar con el trabajo de parto, haciendo accesible el marco de las instalaciones del médico para su consideración en una reunión ambulatoria, hospitalización, consideración errante, entre diferentes administraciones en las zonas de fortalezas de obstetricia, ginecología y neonatología-pediatría. En las instalaciones médicas de maternidad, hay un consultorio ambulatorio, hospitalización, mediaciones cuidadosas y, además, ofrece ayuda para la preparación competente en materia de bienestar en las zonas de ginecología, obstetricia, pediatría y enfermería.

Sobre la consideración en el Hospital a las madres embarazadas, el ginecólogo obstétrico del Hospital Jorge Reátegui Delgado dice:

"La maternidad ofrece una consideración completa para las damas en todas las fases de su vida desde la pubertad, cubriendo lo preventivo, sintomático, curativo, rehabilitador y remediador, fomentando la reintegración temprana en la familia y el lugar de trabajo. En el nuevo hospital, se enfoca en un avance extraordinario de La acción errante a realizar en las salas de entrevistas, probando territorios.

Especialidad y deambulación por procedimiento médico significativo. Las instalaciones ambulatorias de carácter multifuncional, hacen concebible el reconocimiento de entrevistas de metas altas ".

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) distribuye que en la maternidad del Hospital Reategui, en medio del año 2011, se inscribió en las "transmisiones típicas a

3,119 damas jóvenes, 8,469 transportes de damas más de 18 y pacientes con 8,335 pacientes en centros ambulatorios, "utilizando una suma de 36 expertos en bienestar en esta región de administración para esta administración; en estas mediciones, la consideración

con respecto a diferentes pacientes de transportes por área de cesárea Se consideran procedimientos médicos y otras ayudas.

Molina M. (2007) afirma que "en el período de incubación y en el período de baby blues, puede ocurrir hasta la mitad de las mujeres embarazadas que no pueden hacer frente al tormento lumbar, con la mayor frecuencia posible entre el quinto y el séptimo mes de embarazo"; El peligro de los tormentos lumbares aumenta en mujeres multíparas.

Según un artículo distribuido por el Dr. Rodríguez. C (2010) afirma que:

En la introducción de la patología del lumbago, se configuran algunas variables relacionadas, por ejemplo, el trabajo en la sala de trabajo, los transportes extendidos con períodos de expulsión expandidos, posturas inusuales, fármacos, relaxina hormonal e hiperlordosis lumbar del embarazo con tormento en reversa. Una y otra vez, el tormento de espalda puede perseverar después del trabajo, perspectivas preocupantes que impulsan la ejecución del presente examen.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El dolor de la espalda es un problema de salud que ocasiona grandes molestias especialmente a las mujeres embarazadas, este dolor inicialmente es leve y pasajero en algunas mujeres; generalmente la lumbalgia se presenta en el último trimestre del embarazo ocasionando problemas de movilidad y afectando al estado emocional de la embarazada.

El cuerpo de la madre debe cambiar de manera drástica para acomodar al bebé y Teggiachi M. (2008) manifiesta que “estos cambios afectan tanto a la estabilidad como a la postura”; situación por la que las mujeres presentan una mayor curvatura en la parte lumbar de su columna, lo que es clave a la hora de mantener una actividad normal durante el embarazo. Stephenson C. (2003) manifiesta que “ha sido cuantificado que la lordosis lumbar aumenta hasta un 60% cuando están de pie, para permitir mantener estable el centro de gravedad

sobre las caderas, ya que existe un significativo aumento del tamaño y peso del útero”.

En el Hospital Gineco-Jorge Reategui Piura, las estadísticas publicadas presentan que la prevalencia de lumbalgia es del 84% en madres embarazadas, al respecto Ramírez. C, (2007) manifiesta que:

El dolor lumbar que afecta con frecuencia a un grupo numeroso de embarazadas se localiza en la parte posterior de la pelvis, distal y lateral a la unión lumbosacra. El dolor se irradia hacia la parte posterior del muslo, se puede extender por debajo de la rodilla y, por esto, puede ser interpretado como ciática o síndrome articular posterior.

Los estudios realizados por Ramírez C. (2007) sobre la lumbalgia en embarazadas demuestran que “el dolor de la lumbalgia en el embarazo es diferente a la ciática, por cuanto es menos específica que el síndrome compresivo radicular en su distribución y no se extiende hacia el tobillo y pie”. En la Hospital Jorge Reátegui Delgado, no se han realizado estudios que permita identificar los factores de prevalencia de la lumbalgia en el embarazo.

Con la presente investigación se pretende conocer cuál es la prevalencia de lumbalgia durante el periodo parto de las mujeres embarazadas que acuden al Hospital Reátegui, en el periodo de mayo a julio de 2016

1.4 JUSTIFICACIÓN

El tormento de la espalda es un problema médico que causa una angustia extraordinaria especialmente para las mujeres embarazadas, esta agonía es al principio suave y breve en algunas mujeres; En general, el tormento lumbar ocurre en el último trimestre del embarazo, causando problemas de portabilidad e influyendo en el estado apasionado de la mujer embarazada.

El cuerpo de la madre debe cambiar definitivamente para obligar al niño y Teggiachi M. (2008) afirma que "estas progresiones influyen tanto en la solidez como en la postura"; circunstancia en la que las damas presentan un flujo y reflujo más notable en la parte lumbar de su columna vertebral, que es clave a la vez que se mantiene una acción normal en medio del embarazo. Stephenson C. (2003) afirma que "se ha medido que la lordosis lumbar aumenta hasta un 60% cuando queda, para permitir que el punto focal de gravedad se mantenga estable en las caderas, ya que hay un incremento notable en el tamaño y peso del útero. "

En el Hospital Gineco-Jorge Reategui Piura, distribuimos perspectivas.

Demuestran que lo común en el tormento lumbar es del 84% en las madres embarazadas, de esa manera Ramírez. C, (2007) afirma que:

La agonía lumbar que de vez en cuando influye en una gran reunión de mujeres embarazadas está situada en la parte posterior de la pelvis, distal y horizontal a la intersección lumbosacra. La agonía se origina en la parte posterior del muslo, puede extenderse por debajo de la rodilla y, de este modo, puede descifrarse como ciática o trastorno de la articulación de la espalda.

Los exámenes realizados por Ramírez C. (2007) sobre el tormento lumbar en mujeres embarazadas demuestran que "el tormento de la agonía lumbar en el embarazo no es lo mismo que la ciática, ya que es menos particular que el trastorno de la raíz compresiva en su apropiación. No llegar a la parte inferior de la pierna y el pie ". En el Hospital Jorge Reátegui Delgado, no se han dirigido exámenes para reconocer los elementos comunes de La agonía lumbar en el embarazo.

El presente examen significa darse cuenta de la omnipresencia de la agonía lumbar en medio del tiempo prepartum de las mujeres embarazadas que acuden al Hospital Reátegui, de mayo a julio de 2016

1.4 JUSTIFICACIÓN

La agonía lumbar tiene importancia clínica, social y monetaria, ya que es un problema médico general que influye en la población cuando ya se ha dicho todo y asume que el cambio cambia según lo indicado por la palabra relacionada y la acción postural de los pacientes; En la medida en que el tormento lumbar en mujeres embarazadas se relaciona con elementos, por ejemplo, la edad, el número de embarazos, el momento del embarazo en el que ocurre el tormento lumbar, el área, la fuerza de tormento, la incapacidad y los problemas para realizar diversos desarrollos, perspectivas que deben ser Reconocido para decidir lo común del tormento lumbar en mujeres embarazadas que acuden al Hospital Reátegui Delgado.

Teniendo en cuenta que la difícil patología de la mujer embarazada es soportada por el 33% esperado de las mujeres, es un problema médico que las influye básicamente en la medida en que la satisfacción personal de las pacientes está preocupada, ya que interviene en las tareas de los pacientes. El Hogar y el trabajo, construyen el trabajo sin asistencia, exaspera el descanso y, en conjunto, influye en su estado apasionado, sugerencias que se consideran en el presente examen para conocer los componentes de la tasa en el tema descrito.

Los estados de agonía y estabilidad de las damas embarazadas influyen en el mejoramiento típico de la madre, a veces reduciendo el deleite provocado por el deseo de un niño; Una de las cuestiones para el tratamiento es la complejidad del tormento lumbar, especialmente el tormento de espalda baja, teniendo en cuenta que, por su estado, no se puede administrar ningún medicamento, por lo que el tratamiento debe ser específico antes de la prueba exacta reconocible del tipo y área del tormento. en la madre que experimenta el tormento

lumbar; Esta investigación se centra en la investigación para distinguir los elementos que tienen la mejor tasa en el tormento lumbar de las mujeres embarazadas que reciben tratamiento en el Hospital Jorge Reátegui.

La agonía en la espalda baja en medio del embarazo es un efecto secundario que causa angustia y depende del nivel de tormento, produce un nivel específico de incapacidad del motor y perjudica los ejercicios diarios, además de causar preocupación con la consideración del niño después del nacimiento; algunos inconvenientes del tormento lumbar pueden durar hasta medio año o mucho tiempo después del transporte. La sustancia alusiva al tormento lumbar hace que el requisito para la investigación, por métodos para la utilización de los estudios a los pacientes que acudieron a la maternidad de Isidro Ayora, considere que esto permitirá

Reconozca cómo el tormento lumbar afecta los ejercicios diarios realizados por las madres embarazadas.

Según un examen realizado en Perú por médicos de la Universidad de San Marcos (2003) con 745 mujeres embarazadas, se reunieron en algún lugar en el rango de 8 y 12 semanas de incubación, en algún lugar en el rango de 18 y 22 del centro.

De Rímac se centra en el bienestar, transmitidos como resultados que:

Un 31,8% tenía lumbalgia en el embarazo y un 15,6% de ciatalgia, la lumbalgia aparece en el 40% en el segundo trimestre pasado, mientras que la ciática disminuye con el curso de la incubación. La agonía púbica y el tormento en el apéndice inferior ocurren en el 42.7% y en el 46.6% considerando todas las cosas. No se encontraron distinciones por edad, igualdad, estatura, peso, estado dietético, raza o acción "

En otra parte del informe, la Universidad de San Marcos señala que los efectos secundarios musculoesqueléticos hacen que sea problemático para más del 10% de las mujeres realizar ejercicios de la vida diaria.

Los expertos en bienestar consideran erróneamente que la tortura lumbar es un estado menor de embarazo y no se le da la debida consideración y significación, a pesar de que se percata de que en la columna vertebral se produce una incomodidad biomecánica y sólida, lo que causa inconvenientes y tormentas. en parte debilitar al paciente; El factor etiológico psicosocial del tormento lumbar es un pensamiento único, ya que la presión que puede causar el embarazo libera una tensión en la espalda baja que se estabiliza en el paciente, con repercusiones de una agonía excepcionalmente sólida.

Las reglas de información y solución de las ventajas del ejercicio físico en el embarazo se han ido ajustando con la progresión del tiempo, ya que en el embarazo la dama sufre diversos cambios orgánicos y mentales, que es fundamental conocer para configurar las actividades y los ejercicios correctos que la dama realiza. Debe realizar para su propio beneficio.

Establecimientos, por ejemplo, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y otros como el acto de ejercicio físico en medio y después del embarazo, de todas formas muchas mujeres están inconscientes de los datos fundamentales con respecto a la conexión entre ejercicio, embarazo y ventajas. la práctica normal implica; La motivación detrás de por qué el examen busca reconocer los atributos del tema y la

Los resultados se mostrarán para ser considerados en la estructura de recomendaciones para la acción contraactiva y la disposición del problema.

La motivación detrás de la mejora de esta consideración común es la anticipación y el control del tormento lumbar en medio del embarazo, ya que este trastorno afecta en gran medida la satisfacción personal de las mujeres embarazadas; quienes regularmente se ven limitados en la ejecución de sus ejercicios diarios, donde incluso la asociación con el niño, su cómplice o parientes cercanos pueden ser influenciados; como regla general, se observa una expansión en la no asistencia con la comparación de los costos monetarios que esto puede generar, haciendo que la mujer embarazada transmita un embarazo incómodo y con inquietud, por ejemplo, la ausencia de apaciguamiento, especialmente debido a la agonía de la espalda baja debido a su embarazo. Estado.

En vista de los datos obtenidos, este informe se presentará como una fuente de guía en perspectiva para las madres embarazadas, fisioterapeutas y diferentes expertos que se encuentran dentro del alcance del bienestar, permitiéndoles obtener datos con la asistencia de la tasa de predominio obtenida en el informe. Examen actual. Los resultados mostrarán la importancia de mantener a las mujeres en el período de desarrollo con una preparación de actividades útiles adecuadas, y también conocer y mezclar la consideración de la limpieza postural y el uso ergonómico que la mujer debe considerar previamente, en medio y después del embarazo.

1.5 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la prevalencia de lumbalgia en las mujeres embarazadas que en el período de parto acuden para control al Hospital Jorge Reátegui Delgado de la ciudad de Piura, durante los meses de junio a agosto de 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la prevalencia de lumbalgia por edad y por período de gestación en las mujeres embarazadas que durante el periodo de parto acuden al Hospital Jorge Reátegui Delgado.
2. Identificar si existe relación entre el número de hijos y el padecimiento de lumbalgia en mujeres gestantes que acuden al Hospital Jorge Reátegui Delgado.
3. Establecer mediante la Escala de Eva los rangos de dolor de la zona lumbar que refieren las mujeres gestantes que acuden al Hospital Jorge Reátegui Delgado.
4. Analizar mediante la Ficha de Evaluación Fisioterapéutica los niveles de dolor lumbar que presentan la mujeres al realizar las actividades diarias, que durante el parto acuden al Hospital Jorge Reátegui Delgado de la ciudad de Piura.
5. Comprobar mediante las pruebas clínicas de Lasegue y Kerning si los dolores de la columna lumbar corresponden a lumbalgia o lumbociatalgia en las mujeres embarazadas que en el período de parto acuden al Hospital Jorge Reátegui Delgado.

1.6 HIPÓTESIS

Existe una alta prevalencia de lumbalgia en mujeres embarazadas que acuden durante el período de parto a Hospital Jorge Reátegui Delgado de la ciudad de Piura.

1.7 METODOLOGÍA

1.7.1 TIPO DE ESTUDIO

La investigación es de tipo cualitativo cuantitativo con un nivel explicativo que demanda de un estudio de campo, con la recopilación de datos en forma directa mediante encuestas, para establecer la relación de los factores de prevalencia de lumbalgia en mujeres embarazadas, valoraciones que se realizaron a partir de los resultados cuantitativos de la investigación.

1.7.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio estuvo constituida por 217 mujeres pacientes que acudieron al Hospital Jorge Reátegui Delgado, del Distrito Piura, en el periodo de mayo a julio 2016; para determinar la población se utilizó los siguientes criterios:

- Mujeres pacientes del área de patología donde no se estableció grupos específicos relacionados con la edad, período de gestación o diagnóstico de lumbalgia.
- La población del presente estudio se determinó mediante la identificación de la muestra de investigación.

Fórmula:

A continuación se utilizó la fórmula de varianza para la determinación de la muestra de una población grande no identificada que acudió al Hospital Jorge Reátegui Delgado”.

$$n = \frac{(Z_{\alpha})^2 (q)(p)}{d^2}$$

La descripción de cada letra de la fórmula es la siguiente:

n = Tamaño de la muestra

Z α = 1.96 (por lo que la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso es de 17% = 0.17)

q = 1 – p (en este caso es de 1 - 0.17 = 0.83)

d = precisión con la que se trabaja (en este caso deseamos de 5% = 0.05)

$$n = \frac{(1,96^2)(0,17)(0,83)}{0,05^2}$$

$$n = \frac{0,54204976}{0,0025} = 216,82$$

n = 217 *pacientes*

La muestra del estudio fueron consideradas todas aquellas madres gestantes en el periodo de parto que acudieron al Hospital Jorge Reategui Delgado de Piura, en los meses de mayo a julio de 2016, que para la recopilación de la información se obtuvo autorización de las autoridades de la institución de salud.

Dentro de los criterios de inclusión de la muestra se tomó en cuenta a las madres que estén en periodo parto, con dolor lumbar local, regional o irradiado, sin discriminar la edad de la gestante. Se tomó en cuenta para los criterios de exclusión, por situaciones psicológicas y/o sociológicas.

1.7.3 RECOLECCIÓN DE DATOS

El examen solicitó un examen intensivo de los marcadores distintivos para decidir el predominio del tormento lumbar en mujeres embarazadas en el período previo al parto, el tratamiento de los datos que se realizaron con la utilización de la estrategia expositiva.

Los efectos secundarios de la exploración se muestran de manera atractiva para proponer las decisiones sobre la verdad observada del problema de examen planteado. Además, se utilizaron las estrategias de acompañamiento para recopilar los datos:

- Observacional: la percepción y el examen directo de las narrativas clínicas de los pacientes se completaron para establecer los ángulos identificados con la agonía lumbar de las mujeres embarazadas.
- Forma de la evaluación: mediante el uso de una Tarjeta de evaluación fisioterapéutica organizada con la información que las madres embarazadas necesitaban dar.
- Forma de la encuesta: para la aplicación a pacientes que buscan distinguir los factores comunes en el estado de agonía lumbar.

1.7.4 ANÁLISIS DE DATOS

La investigación de la información obtenida en el campo se realizó para establecer la relación de los factores predominantes en la agonía de las mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Jorge Reátegui Delgado del distrito de Piura, de mayo a julio de 2016.

El programa Excel fue utilizado para llevar a cabo la investigación de la información y la elaboración realista.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 BIOMECÁNICA DE LA COLUMNA LUMBAR

"La L3 es la vértebra principal cuyos platillos son paralelos; es el accesorio que respalda todo el raquis, tiene un elemento de artilugio sólido entre el raquis ilíaco (dorsal largo) y torácico (epispinoso), esto aclara la recurrencia de las heridas de La tercera vértebra lumbar". Ricard F. (2003)

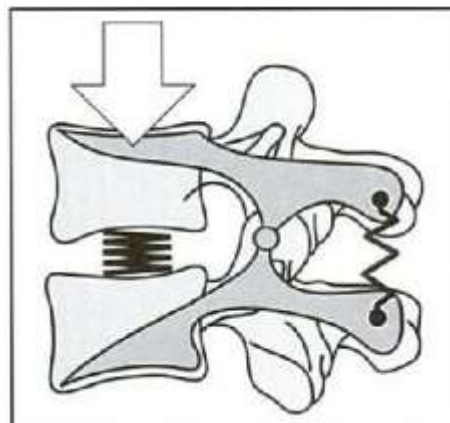
Siguiendo la línea informativa equivalente Cailliet, R (1990) muestra que "las vértebras lumbares inferiores, particularmente L4 y L5 están orquestadas en un borde inclinado, muy similar a L5-S1, creando un segmento de poder deslizante en estas unidades útiles".

Ilustración N° 1

Aludiendo a toda la columna vertebral, a través de la columna frontal, la columna básicamente refuerza los poderes de presión, mientras que la columna trasera se opone a los poderes de tensión.

Representación No. 1 Función del corchete vertebral.

Conexión útil entre el pilar delantero y trasero de una articulación intervertebral



Fuente: Ricard. F. (2003).

Con respecto a la columna estática Kapandji. A (1981) afirma que "respalda el 80% del peso (de las secciones superiores o protestas que se ponen sobre él), y el 20% restante se ve reforzado por las columnas dinámicas".

Cholewicki y McGill, (1996) demuestran que "la columna lumbar necesita ayudar a la pesadez de las partes superiores y al compartimiento de almacenamiento, transmitiendo los poderes de compresión y corte a la parte inferior en medio de la ejecución de los ejercicios de la vida cotidiana".

Entonces otra vez Ricard. F. (2003) hace referencia a que la columna lumbar está enmarcada por cinco vértebras: L1, L2, L3, L4 y L5, donde desde la parte biomecánica se habla de "segmento lumbosacro que hace un trabajo más utilitario: columna lumbar, sacro y coxis ; siendo el segmento lumbar el que tiene más respaldo de peso y versatilidad, la motivación detrás de por qué sus vértebras son voluminosas y sus círculos intervertebrales son más gruesos ". Igualmente muestra que:

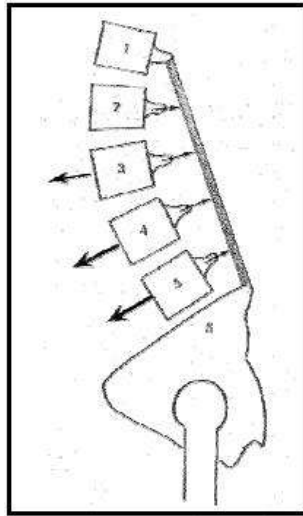
"La L3 es la vértebra principal cuyos platillos son paralelos; es el accesorio que respalda todo el raquis, tiene un elemento de artilugio sólido entre el raquis ilíaco (dorsal largo) y torácico (epispinoso), esto aclara la recurrencia de las heridas de La tercera vértebra lumbar ". Ricard F. (2003)

Siguiendo la línea informativa equivalente Cailliet, R (1990) muestra que "las vértebras lumbares inferiores, particularmente L4 y L5 están orquestadas en un borde inclinado, muy similar a L5-S1, creando un segmento de poder deslizante en estas unidades útiles".

Esquema N ° 2

Ilustración N° 2

Curso de acción calculado de las vértebras lumbares inferiores.



Fuente: Cailliet R (1990).

Las placas L4 y fundamentalmente L5 son las que ayudan a una gran parte de la columna, que tienen repercusiones con una recurrencia increíble (Montoliu et al, 1994). Además, el punto focal de gravedad del cuerpo está situado en estas secciones, lo que le otorga un poder activo más prominente.

Uno de los elementos principales de la columna lumbar es asegurar la cuerda espinal; El tendón básico vertebral posterior evita que el núcleo pulposo se mueva

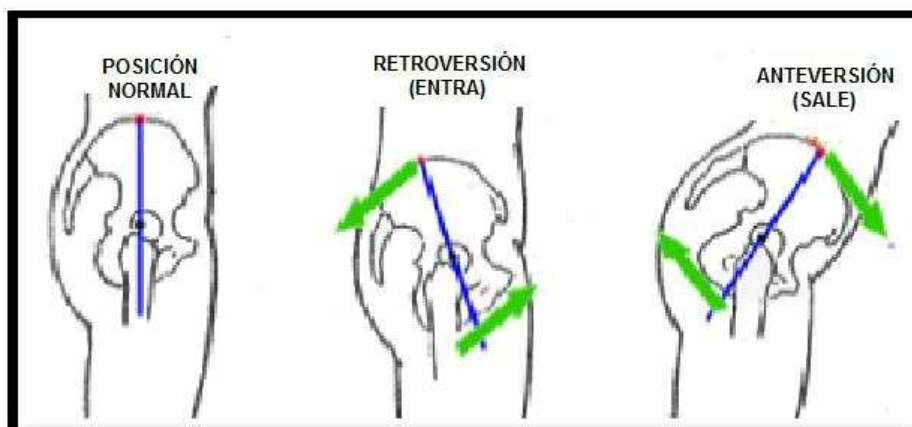
También, entrega hernia, mejorada por un marco de cuna y alimento por las capas cerebro-espinales. Cada vértebra tiene la capacidad de un cambio de ayuda, retratando las vértebras lumbares por el volumen de los procedimientos transversos, espinosos y por el cumplimiento de los procedimientos articulares posteriores.

Por otra parte, Levine y Whittle, (1996) con respecto a "la explicación lumbo-sacra, llaman la atención sobre el hecho de que asume un trabajo crítico en la confiabilidad de la columna lumbar y cualquier resto de la columna". Asimismo, expresan que "la pelvis es la base sobre la que descansa la columna vertebral, por lo que un ajuste en su tendencia produce cambios en la situación de la quinta vértebra lumbar y todo lo que queda de la columna vertebral"

Calais-Germain y Lamotte, (1995) demuestran que el desarrollo por el cual la base superior de la pelvis avanza hacia adelante se llama anteversión pélvica, mientras que el desarrollo contrario se llama retroversión. Asimismo, Cailliet (1990) afirma que "la anteversión causa una expansión de la lordosis, mientras que la retroversión disminuye la lordosis lumbar.

Ilustración N° 3

Movimientos de anteversión (a) y retroversión pélvica (b)



Fuente: Kendall F.P., Kendall E. (2000)

Según el Instituto Psicopedagógico Clínico Lapierre A. (1996) "los músculos que crean la anteversión pélvica son el lumbosacro, el dorsal largo, el espinoso, el lumbar cuadrado, el psoas ilíaco, el sartorio, el pectino, el aductor menor y el medio, el cuádriceps del recto y el tensor del cinturón. lata ". Luego, nuevamente Calais y Lamotte, (1995) demuestran que "el acortamiento de estos músculos decide la remoción principal de la pelvis en un encabezado ventro-caudal, que complementa la lordosis lumbar".

El Instituto Psicopedagógico Clínico Lapierre A. (1996) retrata que:

Los músculos retrovertidores son: recto abdominal anterior, diagonal real, menor inclinado, región media transversal, posterior (más prominente en particular), aductor más prominente y cuadrado crural (volante). La ecualización de la pelvis está garantizada por la conexión entre las parejas adversarias de estos músculos.

En el desarrollo de la flexión, la vértebra prevaleciente se desliza hacia delante, desarrollo restringido por el tendón vertebral posterior, interpinoso y supraespino; Estos tendones reducen los pesos interdiscuales en medio de la flexión; El alcance de la versatilidad es de 110 °. Mientras que el desarrollo de aumento, la vértebra predominante se desliza en reversa, este desarrollo está restringido por las distensiones capsulares y el tendón vertebral regular más importante, el aturdimiento de los procedimientos articulares y los procedimientos espinosos, con un alcance de portabilidad de 140°. (Lapierre A. 1996)

2.1.1 CAMBIOS BIOMECÁNICOS DURANTE EL EMBARAZO Y LUMBALGIA

La mujer embarazada presenta, en medio de este procedimiento, incrementos en: los bordes del tórax, el abdomen y la cadera, el incremento dinámico de peso, la reubicación del punto focal de gravedad agregado, lo que crea en la mujer embarazada una posición horrible debido al punto culminante de los arcos fisiológicos del Columna vertebral en cifosis dorsal y lordosis lumbar. De tal manera, Huachamín E. (2010) afirma que:

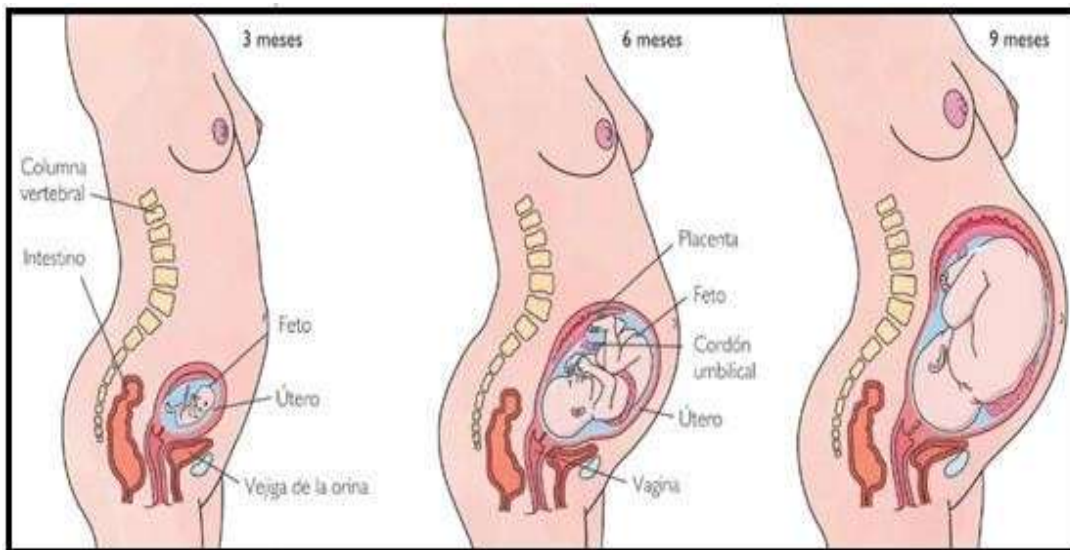
En medio del embarazo habrá algunos cambios en el cuerpo de la dama; Debido a la expansión en el peso, especialmente después de las 12 semanas de embarazo, el útero aumenta de 9.70 a 14.55 kg de peso, lo que hace que la masa uterina se mueva hacia arriba y hacia arriba, lo que hace que los músculos del estómago se estiren por el desarrollo del útero y se debiliten, lo que provoca desalojos. Del punto focal de gravedad hacia arriba y hacia adelante, mucho antes de las caderas; produciendo ajustes osteo sólidos, que compensan el mantenimiento de la fiabilidad y la igualación de la mujer embarazada con:

- Incremento de luz de la lordosis lumbar.
- Anteversión pélvica y horizontalización sacra.
- Aumento de la base de ayuda (pivote exterior del Coxofemoral).
- Horizontalización de las costillas. (Huachamín E. 2010)

Con la disposición de los cambios fisiológicos que ocurren en mujeres embarazadas, surgen problemas lumbares cuyos resultados Huachamin E. (2010):

Debido a la expansión del flujo y reflujo lumbar típico y la expansión del peso en la parte abdominopélvica, hay una sobrecarga en la parte más importante de los cuerpos vertebrales, que soporta el peso en la parte posterior de los círculos intervertebrales, apretando El tendón vertebral básico de la espalda favorece el desarrollo de distensiones, placas herniadas y primeras lumbalgias.

Ilustración N° 4
Cambios biomecánicos durante el embarazo



Fuente: efisioterapia.net, 2012

Mejía, Arias, Valdez, Carrillo e Infante (2008) en el examen Dolor de la articulación sacroilíaca. Las estructuras de vida, diagnóstico y tratamiento, llaman la atención sobre el hecho de que, en medio del embarazo, existen "transmisiones obligatorias en la articulación sacroilíaca, cuya rotura influye en la utilidad de la columna vertebral, se arruga y atormenta en el músculo lumbar que causa la agonía de la espalda debido al aumento de peso".

Según lo indicado por Dontigny. L. (1990) en su chip de exploración de distancia en la rotura de la articulación sacroilíaca como un factor imperativo de la agonía lumbar, observó que: "la articulación sacra ilíaca (IRA) está enmarcada por dos huesos ilíacos y el sacro, junto con las formas de sínfisis púbica el soporte pélvico que intercambia la pesadez del tronco superior a los apéndices inferiores".

El sacro es una salvaguarda en la disposición de la retención de aturdimiento, que transmite cargas, pero no las absorbe, en lugar del ilio que se encarga de la ingestión de poderes que se originan en la parte superior del cuerpo y los transmite a las piernas y los pies. . "Se ha recomendado que la inervación de esta articulación pueda provenir específicamente del nervio obturador, el nervio glúteo predominante y el tronco lumbosacro. Su inervación involucra bromas, sin embargo, las últimas investigaciones reportan que se obtiene de L2-

S2, L4-S2, L5-S2. "(Mejía, Arias, Valdez, Carrillo e Infante, 2008)

Ramírez, Guerrero y Pinzón, (2007) señalan que dentro de los elementos de la articulación sacra ilíaca, hay dos:

- Disminuya la presión sobre los círculos lumbares (L5, S1) debido a las eliminaciones de adornos que ocurren en él.
- Disminuya la restricción torsional en las placas lumbares creadas por la revolución en la columna lumbar en medio del desarrollo de flexión del compartimiento de almacenamiento y disminuya el poder de cizallamiento de los círculos lumbares en medio de un paseo.

Mujica F. (2010) comunica:

En el embarazo, hay una inclinación a atormentar en esta articulación, ya sea por el aumento de peso en algunas mujeres, una postura tergiversada de lordosis, alguna lesión en el transporte y la laxitud de los ligamentos debido a la creación de relaxina en el embarazo. el embarazo.

De esta manera, Mujica F. (2010) hace referencia a que "uno de los ajustes biomecánicos que pueden suceder en esta articulación podría describirse mediante hipermovilidad o hipomovilidad de la IEA, la principal causada por temblores en la articulación y la segunda por barra del sacro entre dos huesos iliacos ".

Sobre hipermovilidad e hipomovilidad, el artículo Disfunción de la enunciación sacra ilíaca: posible motivo de agonía lumbar, distribuido por Ramírez, Guerrero y Niño (2008), conceptualiza en el caso principal:

La hipermovilidad se denomina temblor articular, causada por la deficiencia de los músculos del estómago, la mielina, el psoas mayor, el dorsal ancho y el glúteo mayor; También puede ocurrir debido a los cambios hormonales que ocurren en el embarazo y en los diez días anteriores al período menstrual, que produce la laxitud del tendón.

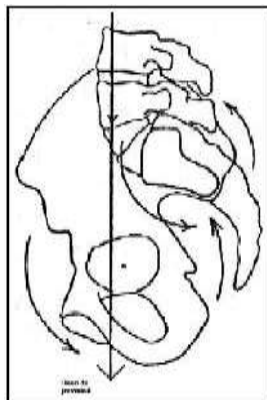
En Hypomobility creadores similares dicen que:

Es la disminución de los desarrollos de embellecimiento de la articulación que causa una expansión en el montón de los últimos círculos de la columna lumbar que podría causar tormento en ese distrito. Esto es causado por la flexión del tronco. La pesadez de la parte superior se arranca de manera anterior al punto focal de la cavidad del hueso de la cadera, la parte frontal de la pelvis gira hacia abajo, mientras que en la sección posterior ocurre un giro principal alrededor de la cavidad del hueso de la cadera. Este giro principal de la pelvis comienza un poder que contradice la costa caudal del sacro, lo que restringe este desarrollo adicional.

Por fin Ramírez, Guerrero y Niño, (2008) señalan que

En el punto en que no hay ninguna modificación en la flexión del compartimiento de almacenamiento, la ayuda pélvica se origina en la fuerza muscular que restringe la revolución más importante de la pelvis, aunque existe la posibilidad de que estos músculos estén frágiles, hay un pivote frontal de la pelvis en el sacro que al alcanzar el punto más lejano de sus desarrollos, son encajados y atornillados.

Ilustración N° 5
Mecanismo de la Articulación Sacro Iliaca (Hipomovilidad)

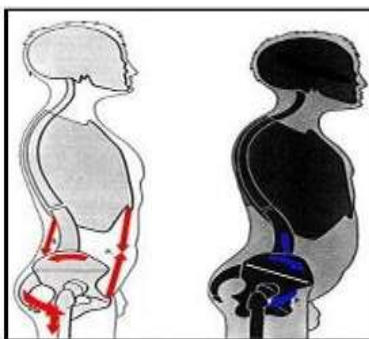


Fuente: Dontigny. L, 1990.

En la articulación sacroilíaca, se reconocen los desarrollos de nutación y contranutación, el primero se realiza cuando la proyección del sacro se desliza hacia adelante, mientras que las tuberosidades isquiáticas son discretas y los bordes ilíacos giran en sentido inverso. Esto provoca una expansión de la segunda tasa limitada de la pelvis con la reducción de la sin rival restringida, en la amalgama la nutación es la situación de intercambio de carga más efectiva para la verbalización. (Dontigny L. 1990)

El desarrollo de la contranutación ocurre cuando la proyección del sacro se mueve hacia atrás mientras que las tuberosidades isquiáticas se acercan y los bordes de corte ilíacos giran hacia adelante, en este tipo de desarrollo, la parte superior restringida de la pelvis se expande y la mediocre se cierra, estos desarrollos se introducen en el tabla de acompañamiento. (Dontigny L. 1990)

Ilustración N° 6
Movimiento de nutación y contranutación



Fuente: Kapadji I A. (2007) Physiology on the joins

La normalidad de la agonía mostrada por los pacientes en esta articulación es más a nivel de la columna ilíaca sin rival, postero predominante y trocante, siendo más típico ser unilateral que recíprocamente, transmitiendo frecuentemente a la parte posterior y al muslo, sin embargo, no alcanza la rodilla, deteriorándose con la acción física, por ejemplo, los cambios cambian cuando se está de pie y sentado. (Dontigny L. 1990)

2.1.1.1 PELVIS ÓSEA FEMENINA

Según Bernal, Hofner, Morales, Perea y Torres (2007):

La pelvis dura se considera un anillo de hueso cerrado tapizado por estructuras fuertes. Está formado por los dos huesos ilíacos o coxales, enmarcados por la combinación de ilio (superior), isquio (centro), pubis (inferior y promedio), en ese punto se encuentra el sacro (cuerpo y alerones) y el cóccix; unidos por las articulaciones acompañantes: anteriormente por la sínfisis púbica y por las articulaciones ilíaca, sacro lumbosacra (reforzada por los tendones iliolumbar y sacroilíaco) y la articulación sacra coccígeo.

Al hacer una mezcla reflexiva en los anuncios hechos por varios creadores, se puede expresar muy bien que la pelvis dura femenina está aislada en:

- Pelvis mayor o falsa que forma la parte superior, donde se encuentran los órganos del estómago.
- Pelvis menor o genuina, también llamada pelvis obstétrica, que es la parte más estrecha donde se encuentran la vejiga, los órganos genitales y la última parte del sistema digestivo.

Ilustración N° 7 Pelvis Ósea Femenina

Estrecho superior

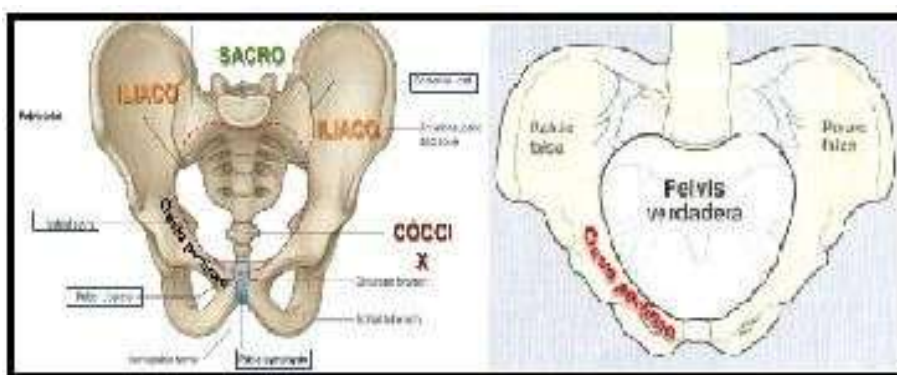
Estrecho Inferior



Fuente: Ortega, S. (2006)

La pelvis de la dama satisface capacidades críticas, por ejemplo, al soportar la pesadez del tronco superior, mientras que el paseo se opone a los poderes de respuesta que se originan en el piso; Durante el embarazo, el bebé está situado sobre la pelvis y, a medida que el embarazo avanza, el bebé encajará en la pelvis, que se llenará como un canal óseo en medio del parto, debido a la hormona relaxina que la dama descarga en el embarazo. Embarazo, alentando a que las articulaciones pélvicas se desenrollen para permitir la entrada del bebé.

Ilustración N° 8 Pelvis Femenina



Fuente: Chávez D, 2006

Según indicaron los especialistas López y Vidal (2006) "existen cuatro tipos de pelvis ósea: humanoide (24%) y platipeloide (2%) que son más incasantes en hombres, y android (33%) y gynecoid (41%).) que son más típicas en las damas ".

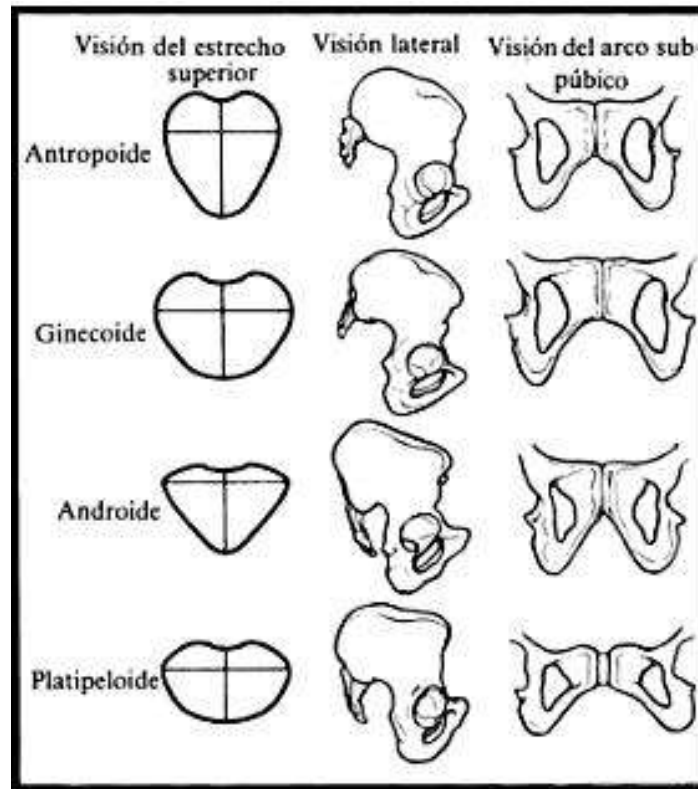
- Pelvis ginecoide: normal para una pelvis femenina, ovalada o ajustada, los divisores laterales son verticales y las espinas ciáticas no superan excesivamente, la curva púbica es ancha y su morfología es la más fisiológica para el parto.
- La pelvis antropoide: GUTKE, Annelie (2008) "tiene una forma ovalada con su centro real en el sentido anteroposterior, se sabe que, en general, está relacionada con un sacro recto con seis vértebras, lo que aclara su Profundidad ", sus divisores laterales presentan una ligera combinación, el pronóstico de transporte es excelente, a pesar de que no es la pelvis perfecta.

- Pelvis platipeloide: su distancia transversal a través es amplia en contraste con la anteroposterior, lo que le da una forma recta, el sacro se desentierra, es corto y la curva púbica es ancha, es la variedad más rara, el pronóstico de transporte es terrible. (López y Vidal 2006)

- Pelvis de Android: "su anchura sagital posterior es más corta que la anterior, muestra al menos una forma de bondad con el objetivo de que el sacro progrese en la pelvis y el borde púbico es intenso", sus divisores laterales están unidos y Las espinas ciáticas son conspicuas, tienen problemas más notables en el parto. (Huachamín E. 2010)

Ilustración N° 9

Configuración de los cuatro tipos de pelvis femenina



Fuente: K. R. Niswander, 1987.

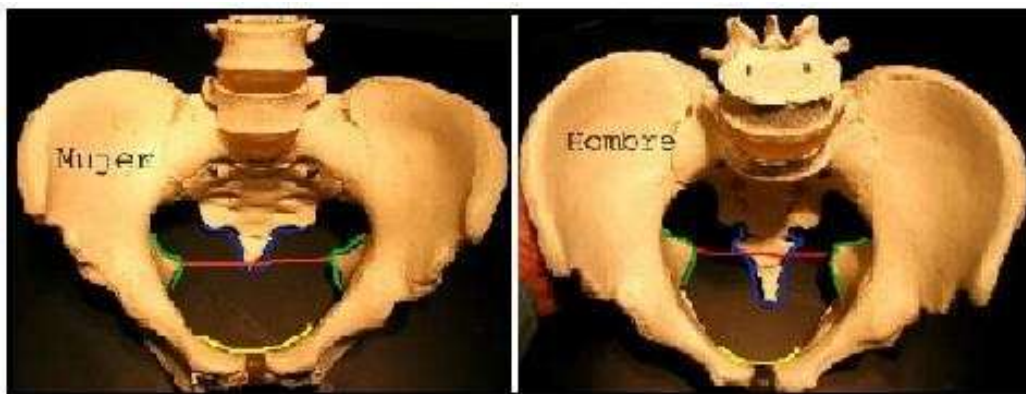
2.1.1.2 DIFERENCIAS ANATÓMICAS ENTRE LA PELVIS ÓSEA MASCULINA Y FEMENINA

El contraste entre la pelvis dura masculina y femenina se ofrece por la capacidad que satisface cada sexo; La pelvis dura masculina se ajusta para ayudar a una estructura física más pesada y músculos más conectados a tierra, mientras que la pelvis femenina se ajusta para permitir la entrada de la cabeza del bebé en el medio de transporte, aunque en algunas ocasiones la pelvis de cualquier individuo puede tener atributos de lo contrario. sexo. (Le Vay D. 2004).

Los escritores del libro Anatomía: clínicamente situados Moore, Dalley y Agur (2004) coinciden en que la pelvis dura masculina y femenina contrastan en algunas perspectivas, y también llaman la atención sobre:

El soporte pélvico masculino es más grueso y más pesado que el abdomen femenino, debido a que la dama es más extensa y menos profunda, en ella, la distancia transversal a través de la cavidad pélvica es más notable que en el hombre, importante para la cabeza y los hombros del embrión. Puede ir en medio del parto. Las espinas ciáticas en el hombre son más grandes y están cerca del coxis. En las mujeres, la curva detrás de la zona focal del pubis es sustancialmente más extensa que en los hombres. En las mujeres, el sacro se arranca a la inversa, mientras que en los hombres es claramente inconfundible que se proyecta.

Ilustración N° 10 Pelvis hombre y mujer



Fuente: Páez E. Facultad de Ciencias Médicas Universidad Interamericana. (2010).

Tabla 1: Diferencia entre pelvis femenina y pelvis masculina

PELVIS FEMENINA	PELVIS MASCULINA
Paredes laterales más verticales	Es una cavidad estrecha, con paredes laterales inclinadas
El estrecho superior más grande y casi circular	El estrecho superior en forma de corazón con un marcado avance del sacro
El estrecho inferior ancho	El estrecho inferior angosto
El sacro corto y ancho	El sacro es más largo y angosto
El cóccix muy móvil	Cóccix más estable
El arco pubiano forma un ángulo obtuso	El arco pubiano el ángulo agudo
Más ligera y menos profunda	Más voluminosa, pesada y alta

Fuente: Le Vay, D. Anatomía y Fisiología Humana. (2004)

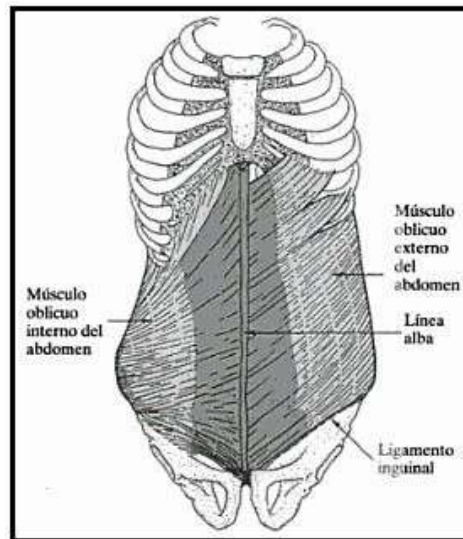
2.1.1.3 ELEMENTOS MUSCULARES

2.1.1.3.1 Musculatura abdominal

Para la disposición de la fuerza muscular, se considera que la visión de algunos creadores está de acuerdo en que, desde la parte más profunda hasta la más superficial, puede ordenarse de la siguiente manera:

1) La fuerza muscular transversal que comienza en las últimas cinco costillas, donde los procedimientos transversales de las vértebras lumbares y el pico ilíaco, están incrustados en la línea blanca; Cuando este músculo se contrae, se agrega a la unión de las vísceras, expande el peso intraestomacal que ayuda a la solidez lumbar y se une a la terminación dinámica. (Dorado y Sanchís, 2005)

Ilustración N° 11
Musculatura abdominal



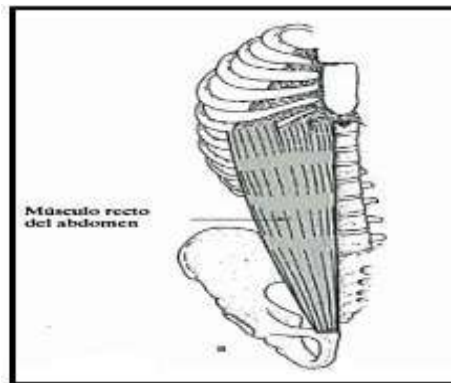
Fuente: Páez E, 2010.

1) El músculo deficiente o interno deficiente que comienza en los procedimientos espinosos de L5, el sacro y el pico ilíaco que está incrustado en la última costilla, los miembros xifoides del esternón y la línea alba. (Molina F. 2007). Con su respectiva extracción, flexiona la columna vertebral y el compartimiento de almacenamiento; con la constricción de un lado crea la tendencia o flexión lateral y el giro del compartimiento de almacenamiento hacia un lado similar de su compresión.

2) El músculo principal inclinado o externo que comienza desde la quinta a la duodécima costilla y está incrustado en la línea blanca y el pico ilíaco. Su constricción concéntrica de dos lados, flexiona el compartimiento de almacenamiento y el segmento; su retirada unilateral proporciona la flexión lateral hacia un lado similar de su compresión y la revolución del compartimiento de almacenamiento hacia el lado contrario. (Molina F. 2007).

3) El músculo recto abdominal que comienza en las últimas costillas y el suplemento de xifoides del esternón, y está incrustado en el pubis. Su constricción proporciona la flexión de la columna vertebral y trabaja en conjunto en la retroversión pélvica, disminuyendo la lordosis lumbar. (Dorado y Sanchís, 2005)

**Ilustración N° 12 Músculo
rectoabdominal**

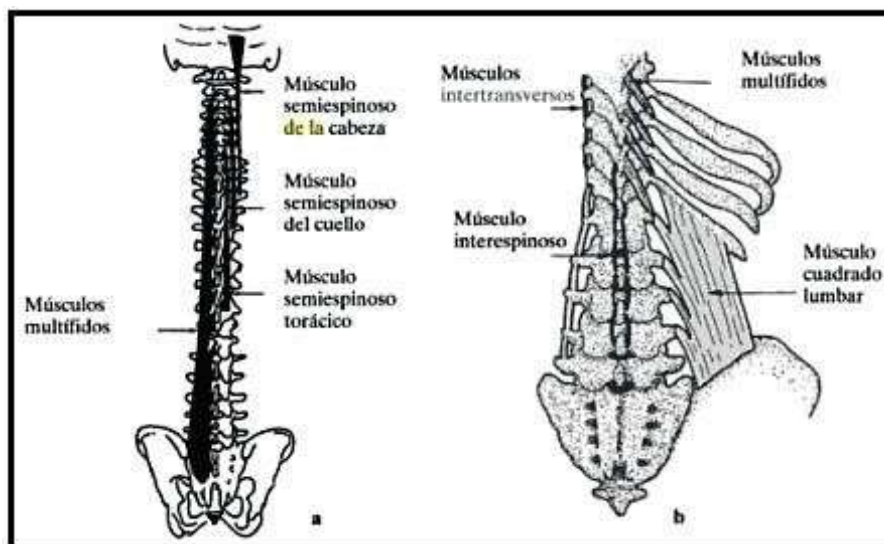


1) El piramidal que comienza entre la primera y la cuarta abertura delantera del sacro y se adhiere a la franja superior del trocánter más notable del fémur, que tiene como capacidad un rotador externo, un abductor y una parte inferior del extensor. (Molina F. 2007).

2) El músculo del cuadrante lumbar que, a pesar del hecho de que no tiene un lugar donde se acumula el estómago, este músculo cierra la masa posterior de las tripas, comienza en la última costilla y se desliza hacia el pico ilíaco y los procedimientos transversales de las vértebras lumbares. , cuya capacidad es lateralizar el compartimiento de almacenamiento y subir la cadera a la caminata.

Ilustración N° 13

Músculo cuadrado lumbar



Fuente: Páez E, 2010.

2.1.1.3.2 Musculatura Lumbar

En la disposición de la musculatura del estómago, se considera la visión representada en el informe de Anatomía Vertebral. Músculos lumbares, de Jean-Yves Maigne (2011), que expresa que "cada uno de estos músculos se inicia desde el pico posterior del sacro, el coxis hasta el pico ilíaco y los procedimientos espinosos de las vértebras lumbares". Además, un creador similar demuestra que "los músculos están en el plano más importante (el psoas), el plano paralelo (el cuadrado lumbar), el plano posterior (el multifidio profundo) y el erector de la columna vertebral (superficial)".

A lo largo de estas líneas puede representar los músculos que forman el divisor del estómago de la forma que lo acompaña:

- 1) El Psoas, que está situado en la parte anterolateral de la columna vertebral desde T12 a L5, está incrustado en el trocánter menor. Su trabajo principal es flexionar la cadera a pesar de practicar presión en la columna lumbar cuando se contrae. (Maigne J. 2011)
- 2) El cuadrante lumbar que une el pico ilíaco con el borde inferior de la duodécima costilla; Es estabilizador del equivalente y embellecimiento a lo largo del raquis lateral. (Maigne J. 2011)

3) El plano posterior: con los músculos de la lordosis lumbar. El plano posterior es más alucinante. Se pueden representar dos planos, uno profundo (multifidus) y el otro superficial (erector de espaldas) asegurado por el cinturón toraco-lumbar. (Maigne J. 2011)

Según Maigne J. (2011)

- Los espinosos multifidus o transversos, cuyo músculo cubre las láminas vertebrales de C2 a L5. Cada fascículo está concebido en el lado lateral de una columna vertebral y está incrustado en un tubérculo mamilar y en la base de un transverso inferior. Los fascículos que comienzan en las espaldas de L3 a L5 son más gruesos y se integran distalmente en la parte posterior del sacro y en la parte posterior de la columna ilíaca que forma la masa lumbosacra, que enmarca la cuerda de la curva lumbar, sus adiciones dan una interruptor de brazo Es un extensor de tronco en particular o la capacidad de propagación se realiza adicionalmente con la revolución del compartimiento de almacenamiento, rotador lumbar adicional. Es aún más grande en la parte inferior de la columna lumbar que en la parte superior.

- El recto espinal según Maigne J. (2011) está situado hacia afuera y detrás del multifidus, ofreciendo una forma de alivio lumbar paravertebral evidente debajo de la piel. Está formado por dos músculos, uno interno (músculo largo) que se extiende a lo largo de la columna torácica y lumbar, y el otro horizontal (músculo iliocostal torácico o sacro lumbar). El recto espinal se encuentra a nivel de la parte dorsal. La adición del músculo largo está en el transverso y las costillas de T1 a T12 y en las costillas lumbares de L1 a L5, se incrustará en la espina ilíaca posteroinferior. El sacro ilicostal torácico o lumbar se divide en nieblas, los acabados primarios en las últimas seis costillas (iliocostales), otro vástago se cierra en las últimas seis costillas (costo-costal), otra barra llega al transverso de los últimos cuatro cervicales (costo - cervicales). En la zona lumbar está incrustado en los costiformes de L1 a L5. Se cierra distalmente en el pico ilíaco. Este músculo es el extensor lumbar más innovador. A nivel de L1-L2 se refiere al 80% del control extensor, en L5 se habla al 40%, siendo el extenso más intenso el multifidus.

4) Los músculos mono-segmentarios que son interspinous (comenzando con un proceso espinoso luego en el siguiente) y el intertransverso (comenzando con un proceso transverso y luego en el siguiente). Básicamente son sensores propioceptivos (Maigne J. 2011). La capacidad fundamental de estos músculos es mantener el compartimiento de almacenamiento en posición vertical, por lo que se clasifican como "fuerza repulsiva", expandir el compartimiento de almacenamiento desde la flexión y realizar una anteversión de la pelvis, enfatizando la lordosis fisiológica típica.

2.1.1.3.3 Músculos de la pared y suelo de la pelvis

La gran mayoría de la pelvis está asegurada por capas fuertes que se contemplan desde los músculos y las partes óseas que dan forma al divisor con sus divisiones y la comparación con el suelo de la pelvis. Respecto al divisor indicado por Moore K. (2007) se lo separa en:

- El principal divisor que está enmarcado por los cuerpos y partes de los huesos púbicos y la sínfisis púbica.
- Los divisores horizontales enmarcados por los huesos coxales y la apertura del obturador. Los músculos del obturador interno cubren las divisiones paralelas y ayudan a mantener al líder del fémur dentro de la cavidad del hueso de la cadera.
- El divisor posterior enmarcado por el sacro y el coxis, los segmentos cercanos de la ilia, las articulaciones sacroilíacas y los tendones relacionados; Los músculos piriformes rellenan este divisor, están incrustados en el lado pélvico de la segunda y cuarta porción sacra hasta el más notable trocánter del fémur. (Amicable S. 1999)

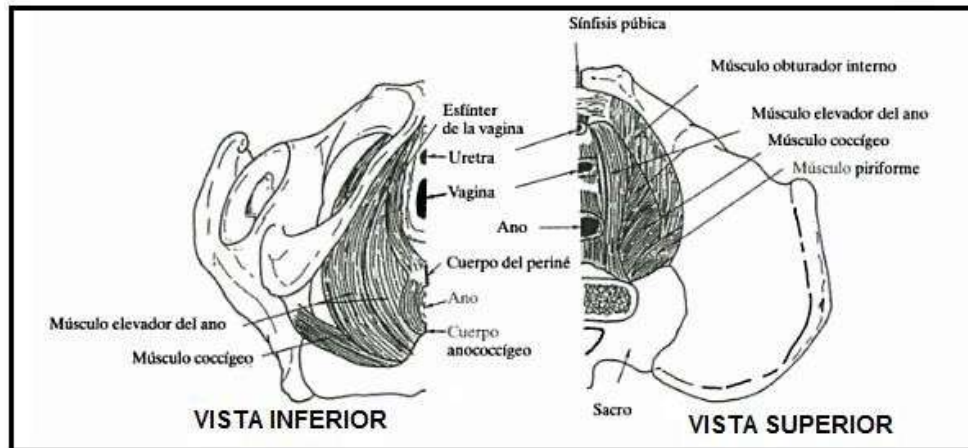
Según lo indicado por Moore K. (2007), el suelo de la pelvis está formado por el estómago pélvico, formado por los músculos elevadores del ano, el coccíge y las fajas que cubren la cara superior e inferior de estos músculos.

Mientras que Palastanga, Field y Soames (2000) dicen que, en relación con los músculos elevadores del ano, son anchos pero delgados y se extienden para formar un piso con forma

de garganta que cruza la parte inferior de la pelvis y aísla la fosa pélvica. del perineo

Ilustración N° 14

Músculos del suelo de la pelvis de la mujer



Fuente: Páez E, 2010.

Al estado de Palastanga, Field y Soames (2000), el elevador del ano está enmarcado por tres músculos que se representan de la siguiente manera:

- El músculo pubococcígeo, que se encuentra en las hebras de la parte más importante, se expande en sentido inverso alrededor de la vagina hasta alcanzar el cuerpo del perineo. Los filamentos de la parte más posterior se extienden hacia la vagina para seguir un círculo alrededor de la parte superior de la zanja centrada en el extremo, manteniendo el extremo posterior rectalmente hacia la sínfisis púbica.
- El músculo iliococcígeo emerge del cinturón que cubre el músculo obturador interno, se incrusta en el cuerpo anococcígeo y en los lados del coxis.
- El músculo puborrectal es un círculo muscular moldeado en U (Palastanga, Field y Soames, 2000)

El músculo coccígeo está de vuelta, pero en un plano indistinguible del músculo elevador del ano, es una túnica triangular blanca que se extiende desde la columna vertebral del isquio hasta el borde del coxis y las dos partes inferiores del sacro.

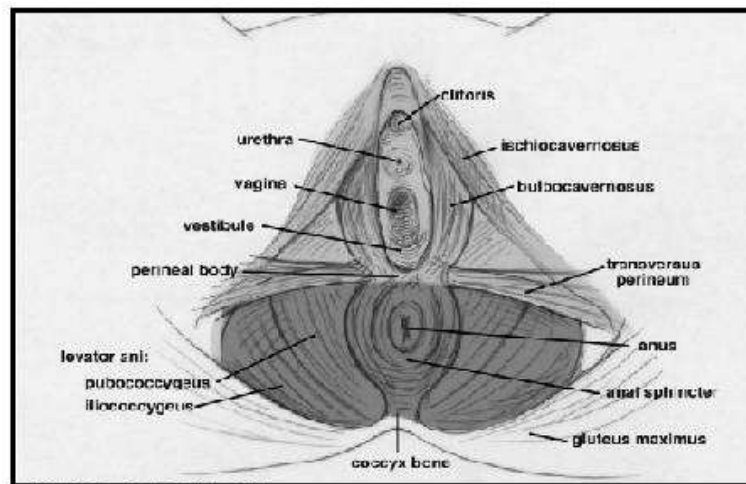
En cuanto al piso pélvico, el artículo distribuido por el fisioterapeuta Gómez A (2012)

demuestra que en las mujeres satisface las capacidades que lo acompañan:

Ofrece soporte y mantiene las vísceras estomacales y pélvicas, cuando actúan juntas, las diversas partes de este músculo elevan el piso de la pelvis y ayudan a los músculos antero de lado a lado del estómago a empaquetar el estómago y la sustancia pélvica, ayuda a reducir el colapso, la piraería y la inhalación. , orina, testimonio y obsesión del compartimiento de almacenamiento en medio de los sólidos desarrollos de los músculos superiores (mientras se transmite peso); otra de sus capacidades esenciales es el control de la orina, la autolimitación fecal (a través del músculo puborrectal), la caca y la ayuda uterina. (Gómez A 2012)

Ilustración N° 15

Suelo pélvico



Fuente: Stein A, Heal Pelvic Pain (2009)

2.1.1.3.4 Músculos del perineo

Según el fisioterapeuta Gómez A. (2012):

La musculatura perineal tiene una sinergia esencial con la musculatura divisora del estómago. En medio del embarazo, el suelo pélvico disminuye su capacidad de contraerse y se debilita en su mayor parte por el efecto de aflojamiento de las hormonas (en particular la progesterona y la relaxina) que se producen en el marco de la incubación; esta dinámica

El debilitamiento está enfatizado por el sobrepeso y la deficiencia de los músculos del estómago, lo que hace que la lordosis lumbar se incremente, el punto focal de la gravedad se mueva y los pesos se coordinen hacia la parte frontal del estómago pélvico.

Theodorakys M. (2007), afirma que "el compartimento perineal está situado bajo el estrato de segundo orden de la pelvis y que está aislado de la fosa por el estómago pélvico". Los músculos del perineo están orquestados en tres planos:

- 1) Plano profundo, establecido por los músculos elevadores del ano y el isquiococcígeo.
- 2) Medio o plano urogenital, formado por el músculo transversal profundo del perineo y el músculo del esfínter externo de la uretra.
- 3) Plano de superficie, formado por cuatro músculos: músculo del esfínter externo del trasero, músculo transverso superficial del perineo, músculo isquio-enorme y el músculo bulbo-esponja. (Theodorakys M. 2007),

Tabla 2: Músculos Perineales

MÚSCULO	UBICACIÓN	ACCIÓN
Esfínter externo de la uretra	Rodea la uretra sobre el centro de la membrana perineal.	Comprime a uretra
Transverso Profundo y Superficial del Perineo	Se fija lateralmente en el ramo del isquion y convergen en el centro del perineo	Apoya y fija el cuerpo perineal para sujetar vísceras abdominopelvicas.
Esfínter externo del ano	Rodea el ano	Cierra el conducto anal
Isquio-cavernoso	Desde el borde interno del isquion y su rama hasta la superficie libre del pilar del clítoris	Mantiene la erección del clítoris al comprimir las venas de salida e impulsar la sangre de él.
Bulbo-esponjoso	Es medial y se encuentra separado de su homólogo contralateral por el vestíbulo de la vagina	Ayuda a la erección del clítoris. Apoya y fija el cuerpo perineal.

Fuente: Modificado por Llusca k (2010)

2.1.2 FACTORES BIOMECÁNICOS QUE INTERVIENEN EN LA LUMBALGIA DURANTE EL EMBARAZO

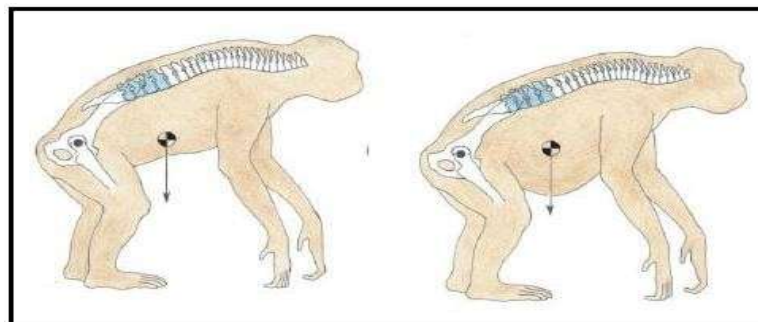
La revista Nature (2007), que hace referencia a las investigaciones creadas por los colegios estadounidenses de Harvard y Texas, demuestra que una porción más baja de la columna vertebral de las mujeres avanzó para ser más adaptable y ofrecer una ayuda más notable que la de los hombres.

Las mujeres embarazadas pueden ponerse de pie y no caer a la luz del hecho de que sus vértebras están planeadas de manera única en contraste con los hombres, por lo que algunas veces les permite inclinarse particularmente en su último trimestre de embarazo para tener la capacidad de equilibrar la pesadez del embrión en desarrollo, haciéndolo mover su punto focal de gravedad hacia adelante en algún lugar en el rango de tres y cinco centímetros antes de la articulación de la cadera, que deja la columna vertebral en una posición anormal (Mediavilla.D.2007).

La antropóloga natural estadounidense de la Universidad de Harvard en Cambridge, Massachusetts, Whitcome K. (2008) señala en su examen que "si una mujer embarazada se quedara de pie, surgiría en ella un problema como el de las mujeres". En esta investigación está completamente establecido que en las criaturas este problema no ocurre, ya que su punto focal de masa se mantiene entre su sien y sus patas traseras durante todo el embarazo.

Ilustración N° 16

Evolución de la lordosis lumbar en chimpancé embarazada



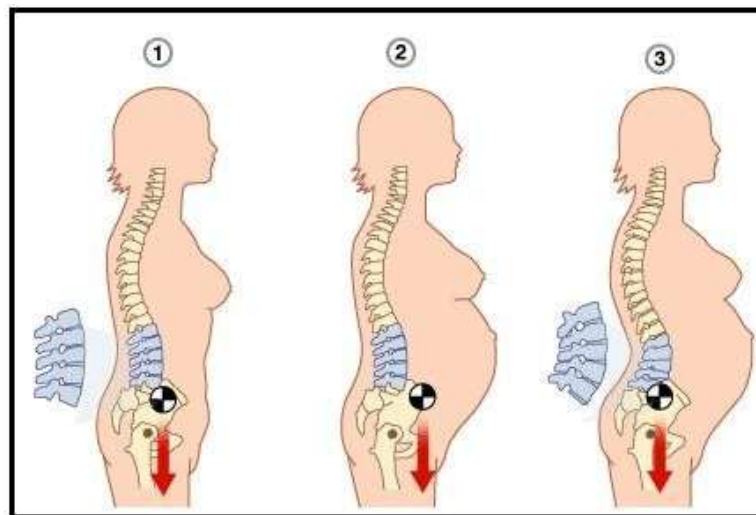
Fuente: Francis E. mule Science's News (2009)

Un examen realizado con 19 mujeres embarazadas con edades de 20 a 40 años, demostró de manera convincente que la forma de la columna lumbar, llamada lordosis, se expandió hasta un 60% cuando las mujeres embarazadas estaban de pie "(Cerde e Ibáñez 2008).

La adaptabilidad en mujeres embarazadas es concebible, a la luz del hecho de que las mujeres pueden torcer hasta tres de sus vértebras lumbares, mientras que los hombres solo tienen esa adaptabilidad en dos de las vértebras. Aprueba lo que se expresa en las líneas anteriores Whitcome K. (2008), quien además expresa que "las articulaciones de las damas que se encuentran alrededor de la espalda son más grandes que las de los hombres; esto aumenta la capacidad de ensanchar la columna vertebral para que la dama pueda". Reclinarse sin perder solidez ". En este examen, Mediavilla D. (2007) dice que " estas distinciones en la zona lumbar pueden hacer que las damas apilen al bebé en los brazos después del transporte".

Ilustración N° 17

Evolución de la lordosis lumbar en las mujeres embarazadas



Fuente: Francis E. mule Science's News (2009)

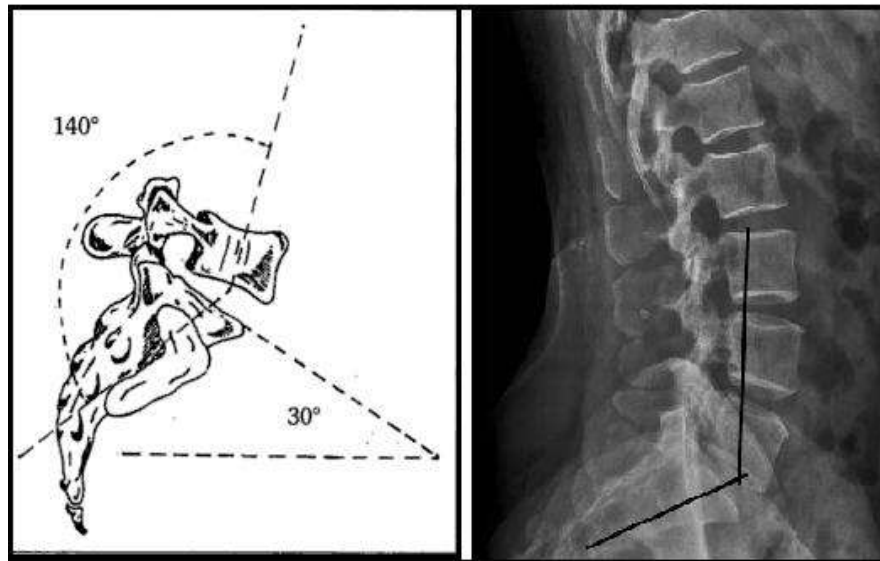
Como lo demuestra la gráfica, la lordosis lumbar en mujeres embarazadas se resalta para ajustar los cambios en la línea gravitacional típica, con una expansión en la inclinación pélvica, que se caracteriza por los picos pélvicos ilíacos en la punta y la espalda: sin rival y por debajo de la media.

Robert y Ward (2006) señalan que "la hiperlordosis es uno de los resultados del tormento

lumbar, en el que Bullock y Col (2006) utilizan un inclinómetro para medir el cambio que ocurre en la cifosis, la lordosis y la inclinación de la pelvis, en una investigación de 34 mujeres embarazadas, descubrieron que había una expansión de 6,6 grados en la cifosis torácica, de 7,2 grados en la lordosis lumbar y de 1,2 grados en la inclinación de la pelvis ".

La columna vertebral respalda la pesadez de toda el área abdominal, con la articulación lumbosacro soportando el mejor peso y el increíble poder de cizallamiento en flexión o aumento en el punto de ayuda lumbosacro, donde el 75% de toda la flexión es realizada por la columna lumbar; por lo que el mejor número de heridas y agonías ocurre a nivel de las vértebras L5-S1 y L4-L5.

Ilustración N° 18
Ángulo lumbosacro



Fuente: Bienfait M. (2000)

Al estado de Bienfait M. (2000).

El borde lumbosacro, abierto en la parte posterior, está formado por el pivote longitudinal de la vértebra L5 y el centro longitudinal del sacro. Esto se cierra en anteversión cuando el sacro se horizontaliza y se abre cuando se verticaliza en retroversión; este borde es regularmente en algún lugar en el rango de 130 y 160 grados. En el punto en que se desarrolla este borde, la inclinación del plano se expande adicionalmente, causando tormentos debido a la distensión de las estructuras de los ligamentos y la sobrecarga de las estructuras de las articulaciones.

En el punto en que la dama está de pie, la expansión de este borde es la razón para crear un tormento lumbar con algunos componentes: presión de la placa intervertebral lumbosacra en su parte posterior, sobrecarga en las articulaciones interapofisiarias, estrechamiento de la brecha de intersección lumbosacra y la presión de la raíz.

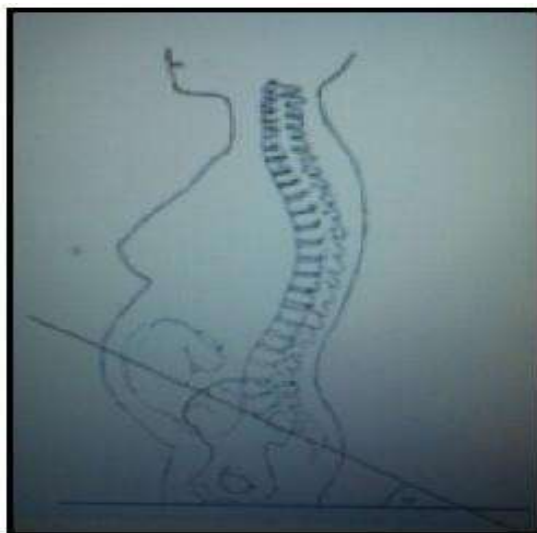
Luego otra vez Arenas J. (2010) comunica:

El poder cortante del borde lumbosacro es neutralizado por la musculatura lumbar posterior, las estructuras duras, el círculo intervertebral, las articulaciones interrafoideas del tendón y la espalda, que mantienen su mayor eliminación. Del mismo modo, existe una armonía entre la musculatura estomacal más importante y la musculatura vertebral posterior. "Esto, como si fuera una rienda, mantiene a la columna vertebral en su desarrollo virtual hacia adelante, un poder que debe expandirse cada vez que se desenvuelve la fuerza muscular más importante; esto genera la hiperlordosis,

Entrega de un componente de la edad duradera del tormento lumbar una vez más”.

Ilustración N° 19

Cambios en columna lumbar y pelvis en el embarazo



Fuente: Osteopathic Approach to Diagnosis and Treatment. Philadelphia, 1992

El especialista Páez E. (2010) hace referencia a la expansión de la lordosis lumbar en mujeres embarazadas:

Causa la hipertonía de la musculatura de esta zona (torácica larga, iliocostal y punzante), retiros y enlaces en el cinturón toracolumbar. "Si se trata de una musculatura glútea deficiente expandida y la retirada de los isquiotibiales, se puede lograr una inseguridad a nivel de las articulaciones sacro-ilíacas, a partir de ahora en peligro por la posición abrazada por el sacro.

La hiperlordosis lumbar construye el montón que respalda la columna vertebral y fortalece los músculos de esta zona para intentarlo de lo que sería esencial, lo que fomenta la contractura y puede desencadenar un tormento por allí o un tormento aludido a la pierna.2.2

LA LUMBALGIA

La Academia de Cirujanos Ortopédicos (2012) afirma que "el segmento está formado por huesos llamados vértebras, que se encuentran una sobre otra". Los músculos, tendones, nervios y círculos intervertebrales son partes extra de su columna vertebral. "" está dividido en tres segmentos que hacen tres curvas regulares en la espalda: curvas del cuello (cervical), territorio del tórax (torácico) y sección media (lumbar) El segmento inferior de la columna vertebral (sacro y coxis) se compone de vértebras fundidas. "Ilustración N° 20

La columna lumbar en el sector lumbar

Fuente: Academy of orthopaedic Surgeons (2012)



Ver cómo funcionan las funciones de la columna vertebral le permite comprender por qué experimenta los efectos negativos de la agonía lumbar; Esta es la forma en que la Sociedad Internacional para el Estudio de la Columna Lumbar caracteriza al tormento lumbar como un trastorno agonizante situado en el lugar lumbar, con luz inevitable en el área glútea, las caderas o la parte distal del área del estómago.

En el expreso intenso, este desorden es exasperado por todos los desarrollos y en forma constante solo por los desarrollos específicos de la columna lumbar. Gómez L. (2007) hace referencia a que "cuando se agrega una función radicular neurológica a la condición agonizante, la lumbalgia progresa hacia la lumboscia y la agonía se alude a uno o ambos límites pélvicos".

La Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que el tormento lumbar no es una enfermedad ", es un trastorno del músculo esquelético descrito por el tormento concentrado en la espalda baja, debido a los poderes aplicados en la columna lumbar a través de desarrollos específicos, desigualdad muscular o la selección De posturas equivocadas muy quietas ". Liebenson (2000) ha mencionado que "el daño espinal ocurre cuando la presión que un tejido refuerza supera la resistencia de esto".

El científico canadiense McGill. S. (2004) describe como partes fundamentales para evitar las heridas que: "el marco sólido y motor debe abordar los problemas para mantener las posturas distintivas, realizar desarrollos, otorgar inmovilidad a estos desarrollos repentinos y poderes imprevistos, que requieren mayor seguridad y adaptabilidad para mantener una distancia estratégica de la tortura de espalda baja y disfunciones".

2.2.1 FACTORES DE LOS CAMBIOS BIOMECÁNICOS EN LA COLUMNA LUMBAR DURANTE EL EMBARAZO

En el diario chileno de obstetricia y ginecología "Agonía lumbar identificada con el embarazo", Munjin, Llabaca y Rojas (2007) expresan que:

Las progresiones que ocurren en la mujer embarazada child básicamente: en la posición que la mujer abraza en medio del embarazo, en la sustancia agregada del agua corporal, en el marco endocrino y en las modificaciones vasculares que se observan a nivel de las venas epidurales; Estos child cambios que se suman a la presencia de un tormento lumbar gestacional que posiblemente se extienda al período de postnatal depression. En cuanto a las listas:

1. La posición: la gran mayoría del peso recogido por la dama en medio del embarazo se acumula en la parte second rate de la pelvis, lo que conlleva una inclinación para inclinar el cuerpo hacia adelante, de modo que, sin saberlo, la dama paga al recuperar la parte predominant. cuerpo en la pelvis, intentando restablecer su punto central de gravedad, pero expandiendo la lordosis lumbar, creando como norma un tormento aquí. Es posible que haya damas que child más incapaces de atormentar debido a la preocupación por el aspecto de las articulaciones y los tendones, lo que sucede cuando no roughage un control postural correcto, con una expansión en la creación de líquido sinovial con distensión del recipiente de la articulación, que se entregaría al último tormento

2. La sustancia agregada del agua corporal: al principio, en medio del embarazo, la hormona progesterona tiene un efecto natriurético, junto con la paridad negativa del sodio que causa la renina, isorenina, aldosterona expandida y hormona antidiurética que se encargan de reabsorber el sodio y aumentan el agua corporal. contenido en damas primíparas y multíparas, por un typical de 8,5 litros. Este mantenimiento del líquido en el nivel del tejido conectivo de la columna vertebral y la pelvis crea la laxitud de estas articulaciones que podrían agregarse al tormento.

3. Los cambios endocrinos: el impacto de mantenimiento líquido mencionado anteriormente se expande por los cambios endocrinos que ocurren en el embarazo, específicamente por el impacto de la relaxina que causa la expansión de la laxitud de los tendones alrededor del cuerpo. La pelvis y el cuello uterino, importantes para adaptarse al embrión; Podría estar causando distensión y ampliando el alcance del movimiento de las articulaciones ilíacas y de sínfisis, lo que podría causar tormento.

4. Obstrucción de los vasos epidurales: la hipervolemia producida durante el embarazo, el obstáculo de la vena cava parcial, la expansión del tamaño del útero, pueden ser la causa de una disuasión venosa, por lo tanto la hipoxia y la alteración de las hebras amebianas; llevándose consigo la presencia del tormento de espalda; por lo tanto, suele comprenderse que la leader parte (67%) de las mujeres embarazadas informan sobre un caso de tortura lumbar en medio de la noche en el segundo half del embarazo.

A pesar de los cambios físicos, feed diferentes puntos de vista que pueden apoyar la presencia de una agonía lumbar, por ejemplo, un modo de vida estacionario, descansar sin motivaciones terapéuticas para legitimarlo; causando pérdida de calidad y volumen, lo que mejora la probabilidad de que la musculatura esté sobrecargada y dañada.

Un factor crítico que muchas mujeres no consideran risks de imaginar an un niño es la pesadez de cada una, ya que el embarazo en sí y los cambios fisiológicos que sufre el cuerpo de la mujer embarazada, además de transportar an un bebé durante nueve meses, además implica que la lumbar La columna vertebral está influenciada, entre las diferentes complejidades que tendría la dama.

La expansión de peso implica que la musculatura de la parte second rate de la espalda debería funcionar cada vez más y debería haber contractura activada por el desenrollamiento del estómago, la lordosis expandida y el descanso, especialmente si los músculos del estómago y la espalda no eran intensos risks del embarazo; en el embarazo, el mejor aumento de peso ocurre a nivel del territorio abdominopélvico; lo que provoca un incremento en la curva lumbar, lo que provoca un aumento del peso en la masa back del círculo, creando tormento en el nivel de esta región.

Stephenson y Conner, (2003) distribuyen que "los factores de riesgo que se suman a la mejora de la agonía de la espalda baja en medio del embarazo, child los predecesores que la dama tuvo risks del embarazo de tormento de espalda duradero y multiparidad"; Tormenta lumbar en mujeres entrometidas con la capacidad de realizar ejercicios ordinarios o de trabajo en medio del embarazo. Como componentes que atormentan a nivel lumbar, existe un trabajo físicamente debilitante y la realización de la altura con la flexión de la columna vertebral, al intentar pensar en los jóvenes.

Se han descubierto pruebas débiles de que los factores desencadenantes de la tortura lumbar child el peso y estatura maternos, el peso fetal, la utilización de anticonceptivos orales, el tabaquismo, la anestesia epidural y el trabajo retrasado. No obstante, como prueba de colisión se considerará la edad materna, el número de embarazos y el origen étnico, aunque algunos todavía están bajo el discurso. No feed pruebas sobre el grosor de los huesos o sobre nacimientos prematuros pasados como

2.2.2 EFECTOS DE LAS HORMONAS DURANTE EL EMBARAZO

El cuerpo de la dama experimenta algunos cambios durante el embarazo y un número significativo de ellos se debe a la actividad de las hormonas; El órgano focal responsable de la generación de estas hormonas es el centro nervioso que satisface los elementos del "reloj natural", por métodos para la libertad del factor de descarga de gonadotropinas (GnRH) que causa la llegada de gonadotropinas que dan seguimiento al ovario de la dama.

El cuerpo lúteo está compuesto por células, aparece en el ovario después de la ovulación, su capacidad es para descargar estrógeno y progesterona hasta el cuarto mes de embarazo. No obstante, a partir del sexagésimo día de incubación, la placenta comienza a descargar estas hormonas en cantidades continuamente altas, hasta el final del embarazo. La placenta nunca se convierte en un órgano endocrino autosuficiente, ya que los esteroides liberados se originan a partir de antecedentes de esteroides que ingresan a través de la sangre materna o fetal.

- La hormona gonadotropina coriónica humana es administrada por la placenta en medio del embarazo; su capacidad es animar a los ovarios a aumentar los niveles de progesterona y estrógeno para cuidar el embarazo. Desde el cuarto mes de embarazo, la placenta reemplaza a los ovarios como fabricante de estrógeno y progesterona, construyendo la rejilla y expandiendo la diseminación de la sangre. Los niveles de la hormona gonadotropina coriónica humana que se encuentran en el plasma y en la orina materna son más altos en el trimestre principal, lo que puede causar mareos que generalmente están relacionados con el embarazo.

- La oxitocina es la hormona sexual creada en el centro del nervio y hace un seguimiento del cuello uterino y el útero en su mayor parte en medio del trabajo. Está a cargo de las compresiones de las células mioepiteliales que recubren los canales de los senos, lo que marca la diferencia.

Expulsar el drenaje vigorizando la areola al amamantar al bebé; Además, hace que el útero vuelva a su estado normal después del parto.

- Somatotropin (STH): mantiene el cuerpo lúteo dinámico y anima la creación de drenajes en las mujeres.

- Lactogénico (HPL): la placenta libera esta hormona para garantizar el avance fetal legítimo y vigorizar el drenaje que crea los órganos que se encuentran en los senos antes de la lactancia materna.

- Estrógeno: es la hormona sexual femenina primaria, liberada por los ovarios y en el embarazo por la placenta; están directamente a cargo de todos los cambios cíclicos que ocurren en la etapa folicular, particularmente el grosor del endometrio y el fluido corporal cervical; Animar el desarrollo del útero para obligar al nuevo ser, expande la generación de drenaje del seno y la corriente de sangre de la placenta, garantizando que el niño reciba los suplementos importantes para su avance adecuado. Figuro, Prieto y, Bascones (2006) en el trabajo de exploración. Cambios hormonales relacionados con el embarazo. Insinceridad gingivo-periodontal, demuestran que "hace un seguimiento de la diseminación de la sangre

y la coagulación y mantiene el turgor de la piel femenina entre el octavo y el décimo período de siete días de incubación de la cría, y las oogonías se convierten en ovocitos esenciales entre las semanas. diez y once ".

- Progesterona: esta hormona es administrada en cantidades sustanciales por el cuerpo lúteo y la placenta, se enmarca a través del colesterol materno; Su capacidad principal es el mantenimiento del embarazo en sus etapas subyacentes. La progesterona con estrógeno está a cargo del buen desarrollo, el avance y el mantenimiento del bebé, a pesar de educar sobre su esencia. El 90% de la progesterona administrada en la placenta se destina a la diseminación materna y el 10% permanece en el flujo fetal. Los niveles de progesterona durante todo el embarazo aumentan lógicamente, logrando fijaciones diez veces más altas que las descubiertas en medio del período luteal del ciclo genital. La expansión de la progesterona provoca una disminución en el tono de los músculos lisos y aumenta la disminución del tono muscular del perineo.

- Relaxina: hormona liberada por el cuerpo lúteo, que se descarga durante todo el embarazo; esta hormona causa una hiperlaxitud ligamentaria, que permite que la pelvis se desarrolle en el útero y debilita los soportes estáticos en la columna lumbar para resistir

a los poderes de esquila, a cargo de una hipermovilidad articular, provocando los cambios posturales recibidos por las damas. "La creación de esta hormona se expande 10 veces adicionalmente en medio del embarazo; el seguimiento de los tendones de la pelvis y el cuello uterino y causa desenrollado en el transporte, en este sentido, fomenta el transporte (Molina R. 2007).

- Prolactina: descargada por la proyección frontal del órgano hipofisario que da seguimiento a los órganos mamarios vigorizando la generación y emisión de drenaje después del transporte.

2.2.3 CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR

La proximidad del tormento lumbopélvico en el embarazo cambia de una mujer a otra, los efectos secundarios son generalmente moderados, pero también pueden ser extremos y debilitantes; Su etiología podría identificarse con una combinación de factores metabólicos, mecánicos circulatorios y factores psicosociales que contribuyen.

En el informe "El efecto del tormento lumbar y pélvico en el resultado del embarazo" de Ostgaard, Anderson y Wennergren (2006) se expresa que:

La mayor parte del tiempo, el comienzo del tormento ocurre alrededor del decimoctavo período de siete días de embarazo y la potencia más extrema se vería entre la semana 24 y 36. La agonía en el trimestre principal del embarazo puede ser un indicador sólido de tormento en el tercer trimestre. Del mismo modo, en baby blues torment se desvanece en el 93% de los casos en los primeros tres meses, el 7% del resto de los casos tiene un alto peligro de extenso tormento lumbar.

El tormento se encuentra con mayor frecuencia en los lugares sacros y glúteos, retratado como profundo, considerando que esta área es diversa a lo largo del embarazo, cambiando de lumbar a sacro.

"La impresión de tormento pélvico ha sido representada como estaca, la agonía del tormento lumbar como" latido sordo "y en el territorio torácico como consumidora. El poder de la agonía difiere en gran medida de 50 a 60 mm en el simple tamaño visual de 100 mm. Se ha explicado que la agonía es moderada en la mitad de los casos y grave en el 25% de las mujeres embarazadas "(Cerde e Ibáñez 2008).

Comúnmente, el tormento de espalda se confunde con ciática, cuando este tormento de espalda baja emana hasta el fondo y los muslos la agonía ciática puede ser causada por una placa herniada o sobresaliente en la parte inferior de la columna vertebral, que influye en aproximadamente el 1% de las mujeres embarazadas

En caso de que la mujer embarazada tenga ciatalgia, el tormento en las piernas suele ser más genuino que el tormento de espalda. Puede sentirlo debajo de la rodilla o puede emanar en el pie y los dedos, con una sensación de escalofrío, pinchazos de agujas o fatiga en las piernas. En el momento en que la ciatalgia es más grave, puede introducir la muerte en la entrepierna o el territorio genital, incluso para experimentar problemas al orinar o a defecar.

2.2.4 DIAGNÓSTICO

El tormento lumbar ocurre con el tormento lumbar en la pelvis y en la zona glútea, que se incrementa en cualquier posición que se mantiene durante bastante tiempo; Es extremadamente regular que los tormentos estén disponibles al pasear, pararse o sentarse.

El paciente demuestra tormento en la grupa y en el territorio lumbar horizontal al nivel de la región L5 y S1, posiblemente podría representar una luz en la parte posterior de la parte inferior del apéndice inferior a la región poplítea; Si el paciente presenta un tormento que emana a la zona posterior o al pie, se trataría una lumbosciatica o lumbociatalgia.

En casos de agonía en la parte baja de la espalda, la paciente también retrata el tormento cuando cambia su situación en la cama durante la noche, una perturbación para la cual el asesor tiene acceso a algunas pruebas clínicas para afirmar la sintomatología del tormento en la parte baja de la espalda, entre las que se encuentran:

Movimiento de Lasegue

Este movimiento será seguro en caso de que provoque tormentas entre 30 ° y 70 ° de aumento del apéndice inferior, el paciente debe aclararlo como un latigazo, aturdimiento eléctrico o comparable.

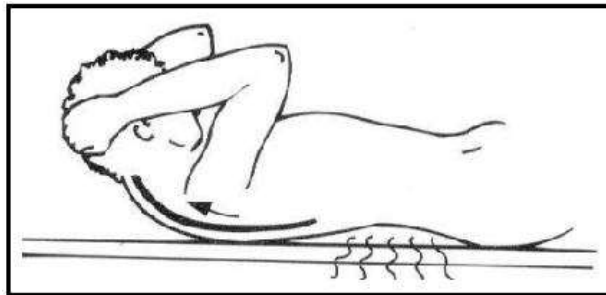
En el caso de que el paciente lo alude en el territorio lumbar, estaremos ante la vista de una agonía lumbar mecánica, en el caso de que alude a más de 70 ° no sea un tormento neurálgico.

Movimiento de kerning

Según el Autor del Manual de Pruebas de Diagnóstico, Jurado A. (2007) aclara que el objetivo de esta prueba es demostrar daños mecánicos en la columna lumbar.

Se realiza en la posición reclinada donde el paciente coloca sus manos sobre su cabeza y la fuerza con fuerza. Ante la posibilidad de que el paciente esté seguro, siente un tormento increíble a nivel del distrito lumbar de la columna vertebral, lo que demuestra que el paciente experimenta un tormento lumbar.

Ilustración N° 21
Maniobra de Kernig

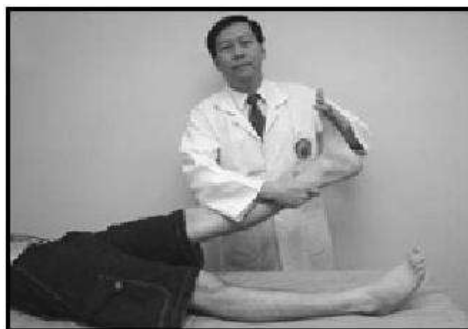


Fuente: Dr. Firpo C, (2010).

Maniobra de Gowers-Bragard

Se realiza cuando hay un tormento discogénico crítico y una precariedad opcional en la columna lumbar, los gruñidos de agonía de la dama serán más en aumento y, a su vez, expansión del lado más sintomático.

Ilustración N° 22
Maniobra de Gowers-Bragard



Fuente: Clínica Panamericana. (2011)

Para realizar este movimiento, el paciente en la posición postrada levanta el apéndice comprometido con el aumento y, cuando aparece la agonía, baja la pierna, dorsiflexiona el pie y regresa el tormento; Se valora en el caso de que desencadene un tormento lumbociático, es como el de Lasegue; Si el paciente lo alude en el territorio lumbar.

Enfrentaremos una agonía de espalda mecánica, en caso de que alude a más de 70 grados o no sea un tormento nervioso.

Ilustración N° 23

LasegueBragard



Fuente: Cedeño G. (2010)

Prueba de Patrick o maniobra de Fabere

Esta prueba se utiliza para evaluar el tormento sacroilíaco en el que la mayor parte de las ocasiones impacta el tormento lumbar, es seguro si el tormento ocurre cuando el analista baja la rodilla del lado flexionado hacia afuera.

Ilustración N° 24
Maniobra de Patrick



Fuente: Cedeño G. (2010)

La prueba más común en mujeres embarazadas que se correlacionan con el dolor sacroiliaco es la prueba de provocación pelviana posterior. Para esta prueba la mujer se pone en posición supina con una pierna extendida y la otra flexionada, el examinador estabiliza la pelvis del lado de pierna extendida, mientras aplica una presión descendente suave en el fémur para aumentar la flexión de cadera; la prueba se considera positiva si esta maniobra produce dolor lumbar, se ha demostrado que es el 81% específica para el dolor sacroiliaco.

La principal sintomatología de las mujeres con dolor sacroiliaco es que se quejan de padecer de dolor lumbar durante un periodo más prolongado que aquellas que solo tiene dolor lumbar. También tienden a tener síntomas varios meses después del parto.

2.2.5 ENTORNO PSICOSOCIAL

El embarazo es la ocasión más excelente en la vida de una dama, es un momento extremadamente grande de su vida ya que otro ser se está desarrollando dentro de ella. El término del embarazo es de 280 días o 40 semanas, 10 meses lunares, desde el día principal del último ciclo femenino; comienza en la temporada de tratamiento y termina en el transporte.

El contacto de madre a hijo es imperativo, el contacto piel con piel con su bebé, los toques, los besos, el arrullo, la conexión recíproca de los ojos con los ojos, la forma de

hablar de la madre, el llanto con respecto al bebé, la capacidad de la conexión es producir el vínculo entre los tutores y los jóvenes, ya que este es un arreglo físico y entusiasta básico de los dos tutores en medio del embarazo.

El pediatra y psicoanalista británico Bowlby J. (1950) propuso la hipótesis de conexión dependiente de la posibilidad de que "los individuos estén más contentos y listos para enviar sus regalos de la manera más provechosa cuando estén seguros de que detrás de ellos hay al menos uno confiable individuos que acudirán a su guía cuando surjan desafíos "(Cerde e Ibañez, 2008)

La principal joven que tiene una dama es uno de los cambios más grandes que ocurrirán en su vida, con esta ocasión resulta ser mucho más sensible a todo lo que la abarca en su propia condición familiar y social.

Cambiará su trabajo social, su libertad, su compromiso experto, la asociación de ahora es el momento adecuado, comprometiéndose con otros más allá de uno mismo; físicamente en su cuerpo, si esto no se ha configurado para tener la capacidad de tomar nueve meses un niño que

se desarrollará, se abreviarán y se contraerán las constricciones musculares que causarán inquietud y tormento. Este cambio en todo el mundo y de tal incentivo para las damas puede ser más fácil de evitar que la pareja lo espere y, en su mayor parte, el arreglo que la dama necesita para lidiar con su estado físico y mental, tanto antes como en medio. su embarazo (Cerde e Ibañez, 2008)

En el momento en que el embarazo es indeseable, especialmente cuando son jóvenes sinceramente jóvenes, tienen problemas más notables para tolerar los deberes de la paternidad y no soportan los cambios físicos típicos que ocurren en el embarazo que pueden causarles tristeza; de ninguna manera, como cuando se desea el embarazo, las mujeres soportan bien los cambios físicos, viven con pequeños inconvenientes y, en general, se sienten optimistas.

Para las parejas, el embarazo es un tiempo de progreso hacia la paternidad. En el momento en que el hijo es concebido, la pareja entra en otra fase de la vida normal donde aparecen nuevas obligaciones y cambia la conexión entre la dama y su cómplice.

En medio del procedimiento de crecimiento, la dama debe desarrollarse y desarrollarse para aceptar su trabajo como madre y para esto debe:

- Aceptar las progresiones que ocurren en el embarazo, tanto con franqueza como físicamente.
- Asumir la obligación como madre y darle al bebé una personalidad que depende del mundo real.
- Conéctate con tu futuro hijo y adopta una disposición inspiradora con tu tío cuando estés embarazada.

La celebración de la madre con su hijo es una de las obligaciones de conexión más sólidas que ocurren en la persona; Este vínculo lleno de sentimientos se forma desde el embarazo y se sigue creando a medida que el bebé y sus padres practican una colaboración durante un período de tiempo, permaneciendo durante toda la vida como una responsabilidad entusiasta.

La conducta de la tenencia madre-hijo viene dada por las cualidades iniciales de adaptación a las mejoras ecológicas (la parte de la familia) donde el refuerzo, la

Atención, preocupación maternal y paterna, especialmente en el año principal de la vida, garantiza el vínculo entre los tutores y los niños.

En medio del embarazo, el padre del niño se encuentra con sentimientos opuestos, ya que es un gran cambio en su vida, es la persona que también debe adaptarse a la nueva circunstancia según lo indicado por el desarrollo con el que reconoce su trabajo

como padre, donde su ansia a la paternidad y al anhelo de tener una asociación decente con su cómplice.

Debe considerarse que en la condición social presente, como regla, el padre es el individuo que impartirá a su hijo el amor y cariño.

En medio del embarazo y después del parto, él es la persona que cuidará del bienestar de su familia y será una ayuda vital para la dama.

Es fundamental destacar lo que dicen las autoridades argentinas en Obstetricia y Medicina materno infantil Rodríguez, Cabrera y Carrillo (2007), quienes llaman la atención sobre que "cada dama es única y todo embarazo es excepcional y no es lo mismo que Los otros que una dama similar puede tener".

2.2.5.1 POSTURA DEL CUERPO

Andújar y Santonja (1996) aluden a las ideas de la postura correcta como "cualquier individuo que no sobrecargue la columna vertebral o algún otro componente del marco locomotor"; considera una posición terrible para "la que sobrecarga las estructuras duras, tendinosas, fuertes y vasculares, llevando sin fin la forma de vida de todos los tiempos, en al menos uno de sus componentes, influyendo particularmente en la columna vertebral"; por fin, muestran como postura consonante "la posición más cercana a la correcta que cada individuo puede lograr, según lo indiquen sus posibles resultados individuales en cada minuto y fase de su vida".

Una postura correcta es conocida como una gran disposición de la columna vertebral con sus flujos y reflujos regulares, músculos, articulaciones, tendones y otros huesos del cuerpo. Se logra manteniendo la cabeza en posición vertical en un lugar de paridad, sin retorcer el compartimiento de almacenamiento, la pelvis en posición imparcial y los puntos más lejanos inferiores ajustados para que la pesadez del cuerpo se disperse legítimamente. La gran postura requiere que el cuerpo utilice la base de esfuerzo para realizar una acción física, tanto en movimiento como en una posición estática.

Para decirlo claramente, la posición se convierte en la situación del cuerpo con respecto al espacio que lo abarca; infiere la disposición simétrica y correspondiente de las secciones del cuerpo alrededor del centro de gravedad; siendo la columna vertebral el centro focal de la buena postura, este órgano permite al cuerpo pararse, caminar o moverse sin perder el equilibrio.

2.2.5.2 BENEFICIOS DE LA HIGIENE POSTURAL CORRECTA DURANTE EL EMBARAZO

En medio del embarazo, el aumento de peso y el impacto de las hormonas en las articulaciones cambian la postura de la dama y la forma en que se pasea; Si las posturas que se reciben al sentarse, estar de pie, pasear y descansar en medio del embarazo no son suficientes, se producirán distensiones musculares, inconvenientes y agonía, lo que de vez en cuando puede impedir que el bebé se adapte de manera efectiva cuando se traslada. Nacimiento. Es vital tener en cuenta que:

- La postura adecuada es fundamental en medio del embarazo para mantener una distancia estratégica del malestar.
- Al mantener una postura adecuada al caminar desde el primer punto de partida del embarazo, la dama enmarcará una propensión, lo que ayudará particularmente en los períodos largos más recientes de embarazo a no inclinarse demasiado hacia adelante debido al peso, y posteriormente mantener una estrategia. distancia desde el tormento de la espalda que es extremadamente regular en el marco de tiempo de incubación, evitando que el segmento se dañe de manera superflua.

Una postura correcta del cuerpo en medio del embarazo permite el daño mínimo concebible para la zona lumbar y cervical, la dama puede permanecer erguida y sentirse más conectada a tierra.

2.2.5.3 ATENCIÓN ERGONÓMICA DURANTE EL EMBARAZO

La Asociación Española de Ergonomía (1964) caracteriza la ergonomía como "ciencia multidisciplinaria conectada que pretende ajustar elementos, marcos y condiciones de falsificación a los atributos, restricciones y requisitos de sus clientes para racionalizar su adecuación, seguridad y consuelo". En esta exploración se tiende a decir que la ergonomía tiene como objetivo fundamental mecanizar la limpieza postural correcta en medio del embarazo en los ejercicios distintivos de la vida cotidiana y cuestionar los estados mentales fuera de la base con el acto de medidas restaurativas. López B. (2009)

En cuanto a la acción contraactiva del tormento de espalda, llama la atención a que "un trabajo imperativo es desempeñado por la limpieza postural y la ergonomía, ya que estos controles están diseñados para hacer una amplia gama de ejercicios en la ruta más segura y ligera para la espalda".

El Dr. Vallejo, J. (2000) demuestra que los factores de riesgo ergonómicos son posturas insuficientes, desarrollos lúgubres, postura estática, sobreesfuerzo, desgaste vigoroso, vibración y otros. Cuando se manejan problemas ergonómicos, se debe tener en cuenta a cada individuo de manera distinta a cada factor de riesgo.

A partir de ahora, la mayoría de las mujeres trabajarán durante el embarazo y después del traslado. Así que trabajar en condiciones horribles puede causar consecuencias negativas para ella y para el niño que va a llegar.

El fisioterapeuta Cruz L. (2010) en su artículo sobre la disminución postural en el embarazo, prescribe recibir estas disposiciones de limpieza postural y ergonómica:

- Mantenga su espalda recta y su cabeza recta hacia adelante.
- Al estar de pie, debe transmitir la pesadez del cuerpo entre las dos piernas; Cuando permanezca durante bastante tiempo, es prudente ayudar a una pierna en un asiento o descansar, intente cambiar de posición a intervalos regulares, use zapatos agradables con

fondos acolchados y refuerce la curva, para disminuir la tensión en la espalda.

- Doble las rodillas y coloque una pierna delante de la otra cuando esté inclinado para poner algo en el suelo, limpie o realice diferentes ejercicios; Mientras tanto, se prescribe mantener la espalda tan erguida como sería prudente.
- Cuando esté sentado en un asiento o en un automóvil, asegúrese de que la parte posterior esté adherida a la parte posterior del asiento, con el arco lumbar legítimamente sostenido, con los pies apoyados en el suelo o en un taburete, especialmente cuando debe ser una tonelada de tiempo sentado delante del PC o del televisor; debe abstenerse de doblar las piernas y debe levantarse de vez en cuando por mucho que se pueda esperar.
- En el momento de dormir, particularmente acostado sobre el lado izquierdo, con las rodillas algo arqueadas, la posición que favorece el curso de la sangre, evita la hinchazón y calma la presión del útero, coloca almohadones debajo de la barriga y entre las rodillas, mientras que la Posición cambiante se abstiene de reflexionar sobre El territorio del estómago.
- Para levantarse, debe girar su cuerpo hacia el otro lado, utilizar sus brazos para sentarse, permanecer en el borde de la pensión durante la noche, poner los pies en el piso, inclinar el tronco hacia adelante y utilizar los músculos de las piernas para ponerse de pie.
- Al pasear, es fundamental no curvar la parte inferior de la espalda para comprobar el peso aplicado por la expansión en el lapso del útero, la mejor actividad es adquirir el intestino y mantener la espalda tan recta como sería prudente; El desarrollo del swing para no perder el equilibrio mientras se realiza la acción.
- Use zapatos agradables sin taco o estatura máxima de cinco centímetros; Las áreas de los pies altos ofrecen poca ayuda y pueden influir en usted para perder su paridad. En medio del embarazo, los tendones y los músculos se relajan y se extienden debido a la creación de relaxina, se inclinan hacia los esguinces o tendones de la parte inferior de la pierna y aumentan el peligro de caídas. Las áreas traseras del pie alto cambian la posición, abrevian

los músculos de la parte inferior de la pierna y ponen más peso en la espalda y las rodillas.

2.2.5.1 POSTURAS PARA TAREAS DEL HOGAR

Como lo indica un artículo distribuido por el fisioterapeuta Suriol C. (2010), puede seguir haciendo recados locales, sin embargo, dosificando los poderes y con una gran limpieza postural para evitar los problemas fuertes. El siguiente es el método correcto para realizar recados familiares:

La mayoría de las tareas identificadas con la cocina es prudente para hacerlo situado; Se ha mejorado mucho más que detenerse para cumplir los compromisos.

Ilustración N° 25

Posturas para las tareas en la cocina



Fuente: Suriol N. (2010)

En caso de que consideres esta propuesta, deberías elegir un asiento que no sea bajo, ya que causa un esfuerzo físico al levantarte; Si está sentado en un sofá, coloque algunas almohadillas frente a su buena fe para que quede recto.

Mientras expande las sábanas, hágalo de pie y, después de ese arco, termine de colocarlas debajo del cojín para dormir. El encorvamiento debe estar con las rodillas en flexión y con la espalda recta, a lo largo de estas líneas trabajarán progresivamente las piernas y no el segmento lumbar.

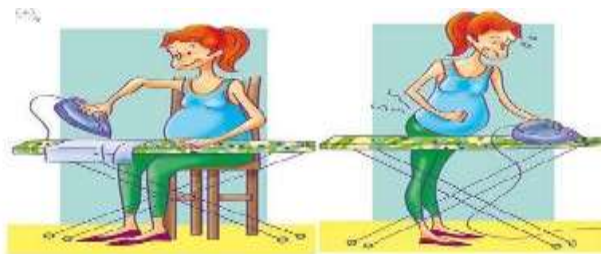
Ilustración N° 26
Posturas para tender la cama



Fuente: Suriol N. (2010)

Al presionar, es mejor tomar asiento, mantener la espalda recta con la parte posterior hacia el final del asiento, la espalda en la parte posterior y sin intersección con las piernas; Si va a estar sentado durante bastante tiempo, es conveniente colocar un taburete.

Ilustración N° 27
Posturas para planchar



Fuente: Suriol N. (2010)

Para utilizar el aspirador, es mejor tomar el tubo desde arriba, poner una pierna delante y la otra detrás, colocando el peso primero en un lado y luego en el otro; Al realizar el ajuste, debe ser de todo el cuerpo, no solo de las caderas, sin inclinar la pelvis hacia adelante.

Ilustración N° 28
Posturas para aspirar



Fuente: Suriol N. (2010)

Cuando realice todos los ejercicios, debe abstenerse de restringir la columna vertebral, por ejemplo, para obtener el recipiente con agua, coloque un pie antes que el otro, gire la rodilla y gire hacia abajo tratando de mantener la parte lumbar recta, esquivando la parte del estómago mientras levanta La forma 3D (peso).

Ilustración N° 29 Posturas
para barrer o trapear



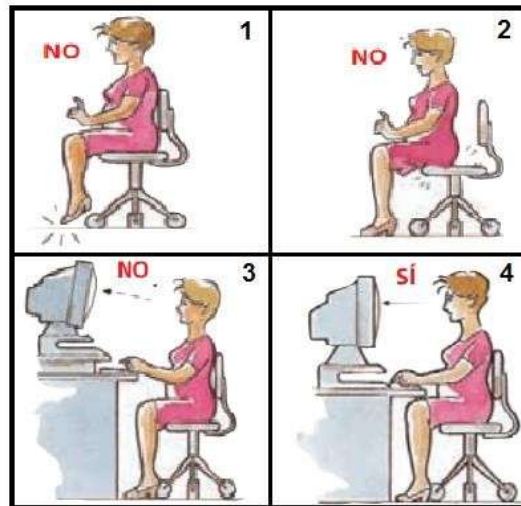
Fuente: Suriol N. (2010)

Al limpiarlo como se especifica en la utilización de la aspiradora, es conveniente tener un recogedor de polvo con un palo alto para abstenerse de girar.

2.2.5.1 RECOMENDACIONES PARA PUESTOS DE TRABAJO

La información proporcionada por la ergonomía es valiosa para evitar y disminuir los peligros de las travesuras en el trabajo y para aumentar la satisfacción personal de los especialistas en general. Ninguna actividad es excesivamente peligrosa en el caso de que reciba una buena postura y un uso ergonómico adecuado.

Ilustración N° 30 Recomendaciones en el diseño y puesto de trabajo



Fuente: Rocha. F. (2006)

Es imperativo considerar que el trabajo fuera de la casa no es un factor de riesgo para las mujeres embarazadas, ya que existe la posibilidad de que se realice de manera satisfactoria y mantener estimaciones preventivas fundamentales que permitan a la mujer embarazada trabajar sin complicaciones.

Según un artículo compuesto por Rayo, V (2011), sobre Ergonomía y Embarazo, se muestra una progresión de medidas para mujeres embarazadas mientras se hacen ejercicios en sus empleos, por ejemplo, los que acompañan:

- Ante los cambios fisiológicos de la mujer embarazada, es importante ajustar el entorno laboral para que pueda moverse sin esfuerzo para hacer sus ejercicios diarios.
- Tal como aparece en la figura cuatro del diagrama anterior, cuando esté sentado, debe mantener la espalda recta, la pelvis apoyada en el respaldo del asiento, siguiendo estas

líneas, asegúrese de mantener la parte inferior de la espalda; Unos pocos asientos consolidan una ayuda lumbar, pero en caso de que no la tenga, puede colocar una almohadilla.

- No doble sus piernas, para permitir un mejor curso de sangre.
- Al realizar trabajos manuales, es prudente utilizar aquellos que permiten mantener debajo del área del estómago, por ejemplo, tejiendo con las manos en las piernas.
- No reciba posturas restringidas, a pesar de disminuir o prescindir de cargas sustanciales.
- Es apropiado aumentar la cantidad de descansos en medio de la jornada laboral y cambiar de posición la mayor parte del tiempo, por ejemplo, pararse 15 minutos y sentarse por un tiempo equivalente, esta mezcla permite reactivar el curso de las piernas.
- Cuando esté sentado, no empuje los muslos y la parte posterior de las rodillas para un buen flujo de sangre; En la actualidad hay asientos ergonómicos que permiten la modificación de la estatura y la espalda, tienen medias y hasta apoyabrazos para que pueda recibir posturas adecuadas.
- Si trabajas antes de una PC, esta debe ser la estatura al nivel de los ojos, la consola para que los brazos formen un punto correcto, el máximo de 110 °, para evitar las contracturas fuertes.

Ilustración N° 31

Posición del cuerpo frente al computador

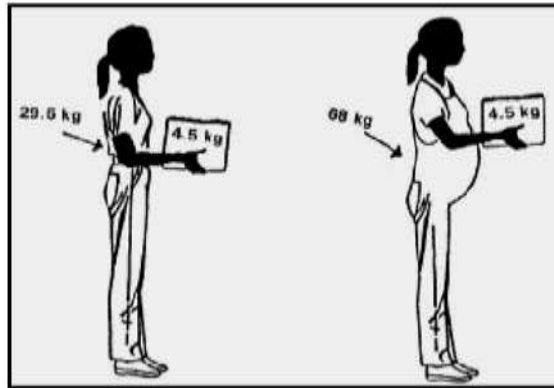


Fuente: Lab. B (2008)

La mujer embarazada se encuentra en mayor peligro de sufrir el tercer mes de embarazo debido a la expansión de su vientre y, en particular, a la presión que la columna lumbar soporta mientras transmite una pregunta importante. Abstenerse de levantar objetos de más de 10 kilogramos de peso.

Ilustración N° 32

Aumento del estrés lumbar cuando la carga se lleva separado del cuerpo



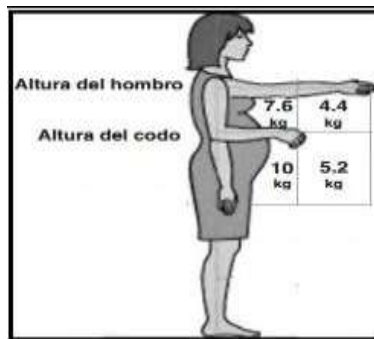
Fuente: OHCOW, 1998

De acuerdo con la Licenciada Tortosa, L (2010) en su documento sobre Método para la Evaluación de Riesgos Ergonómicos en Trabajadoras Embarazadas, señala que:

Cuanto más lejos del cuerpo estético, la carga se levantará por la mujer embarazada mayor será el riesgo de lesión. Es aconsejable tener una carga separada de la cintura no exceda los 5.2 kg. Igualmente si el peso lleva a la altura del hombro, no debe ser mayor a 4.4 kg. Como señala el gráfico de la parte inferior.

Ilustración N° 33

Valores del pesoideal



Fuente: Tortosa L. (2010)

2.2.5.2 RECOMENDACIONES DEL EJERCICIO FÍSICO DURANTE EL EMBARAZO

El Colegio de Obstetras y Ginecólogos de los Estados Unidos (2002) brindó información sobre los aspectos positivos de la realización de honas y el período de ansiedad postnatal, y pidió a más mujeres que se mantuvieran dinámicas y en una condición física extraordinaria. Las mujeres embarazadas deben afinar con alguna restricción de no menos de 30 minutos cada día.

Según el artículo distribuido en la revista andaluza (2010), se presentan los puntos de interés de la demostración de ejercicio físico en medio del embarazo:

- Evite la angustia de espalda baja
- Mejorar el metabolismo, cardiopulmonar y disminuir la amenaza de diabetes gestacional.
- Refuerzan las técnicas de trabajo.
- Mantener el estado de la condición física de la madre, disminuyendo la tasa de fatiga en las actividades normales.
- Controlar el aumento de peso de la madre.
- Mejorar la fuerza ante el desasosiego y la desesperanza.
- Mejorar la posibilidad de auto discernimiento. (Mata, Chulvi, Roiga, Heredia, Benítez y Castillo, (2010)

Las mujeres embarazadas que no se sienten cómodas realizando ejercicios físicos o que se hayan aburrido recientemente en alguna ocasión, deben realizarlos de manera suave y dinámica para que no cause problemas en el embarazo. Fernández (2000), ofrece las propuestas generales de ejercicios físicos en el embarazo, que deben realizarse de forma

autónoma y presentarse a los controles de recuperación estándar:

- Recomienda ejercicios increíbles realizados con una potencia moderada que no debe superar el 70% del volumen de oxígeno más escandaloso de la mujer embarazada, manteniendo latidos cardíacos protectores por debajo de 140 latidos por minuto (70% de los latidos teóricos más notables). La repetición más escandalosa y especulativa se calcula con la fórmula: $FCM = 220 - \text{Edad}$. Así, por ejemplo, en una mujer de 30 años, su latido más extraordinario será: $220 - 30 = 190$ golpes por cada minuto. El 70% de 190 es 133.
- El movimiento debe hacerse constantemente (3-4 sesiones de 20-30 minutos de la semana) y no de forma impredecible o convulsiva.
- Evite el ejercicio físico en altas potencias o en el campo comprometido y, además, adiciones repentinas en la proporción de movimiento.
- El equilibrio funciona, con riesgo de caídas o daños estomacales en el tercer trimestre.
- Si hace algún ejercicio notable, no debe alargarlo durante 15 minutos ni practicarlo en una atmósfera sofocante y pegajosa como resultado del peligro de la ausencia de hidratación e hipertermia.
- El precalentamiento y el "enfriamiento" posterior deben terminarse (durante 5-10 minutos, se unen expandiéndose y aflojándose cada sesión).
- Debemos mantener las mejoras de la riqueza extraordinaria como resultado de la hipermovilidad de las articulaciones en el embarazo, lo que incitó un riesgo mayor de lesiones musculoesqueléticas y articulares (extracciones y esguinces). (Fernández 2000)

2.2.5.3 EJERCICIOS PARA EMBARAZADAS

Como lo muestra un artículo transmitido por ACOG (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos) (2009), señalan que:

Los ejercicios de espalda pueden ayudar a mitigar el tormento por ahí. Estos ejercicios vigorizan y estiran los músculos de la espalda, tripas, caderas y piernas. Por otra parte, disminuir el tormento hacia atrás y, además, configurar a la mujer embarazada para el trabajo.

Si el tormento lumbar presentado por la mujer es excelente o persevera durante aproximadamente catorce días, debe iluminar a su maestro, quien apoyará a un fisioterapeuta más sensible o capaz de prosperar, quien lo supervisará con recomendaciones posturales y ejercicios más legítimos para avanzar.

Hay ocasiones en que este puede ser uno de los signos de un nacimiento menos que ideal, debe ponerse en contacto con su autoridad de la misma manera si tiene fiebre, gasto de orina o orina vaginal. (ACOG, 2009).

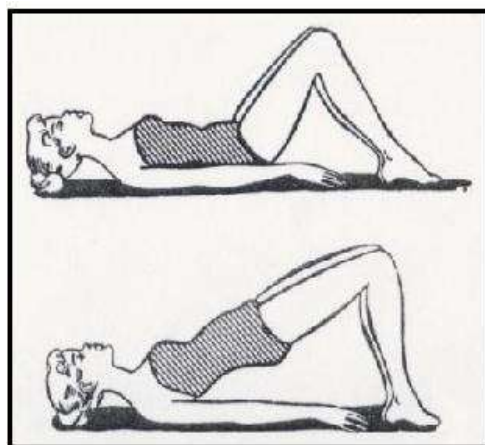
Se recomienda realizar todos estos ejercicios retratados debajo, siempre que el estado gestacional de la mujer no tenga ninguna carga o peligro.

La actividad física en mujeres embarazadas realizada de forma soportable y controlada por un experto, se recomienda en la asignación del tiempo de desarrollo, en el parto y en el puerperio (intervalo de tiempo que abarca varios meses y medio después del movimiento, en medio del cual el útero recupera su estado habitual y comienza el lanzamiento agotado). Al tener una condición física tolerable, puede hacer músculos moldeados, protegidos y versátiles para garantizar un embarazo sano y disminuir los riesgos en el parto. El programa de terapia física en mujeres embarazadas (2007) recomienda ir con ejercicios:

1) ejercicio de estiramiento pélvico

Para ejecutar la acción, debe comenzar con la circunstancia en su espalda, con las rodillas dobladas y seguir levantando la pelvis de todas formas, mucho podría ser normal, por lo que el peso del cuerpo recae sobre los pies y los hombros. Se recomienda realizar alrededor de 10 despidos, dos veces al día.

Ilustración N° 34
Ejercicio de elevación pélvica



Fuente: Terapia física en embarazadas (2007)

La actividad retratada dará una adaptabilidad más prominente a la columna vertebral y la pelvis, y además fortalecerá la pelvis y las piernas.

1) ejercicio común

Esta actividad se realiza en varias posiciones, incluido el descanso, con la cabeza apoyada en dos almohadillas, con las piernas torcidas alrededor del compartimiento de almacenamiento y sostenidas por las manos, también puede hacer la actividad sentado en un asiento con los pies apoyados en el asiento, juntando las manos debajo de las rodillas, relajándose y esforzándose por continuar respirando como se podía esperar bajo las circunstancias. Además, el acompañamiento debe ser considerado:

- Sin dejar salir el aire que ha descubierto cómo entrar en los pulmones, ejecute un esfuerzo indistinguible para vaciar la entraña (actividad de empuje). Al realizar esta actividad, mantenga el esfuerzo durante cinco segundos, actividad que debe repetirse 10 veces en cada sesión. Descansa, eliminando el aire de forma gestionada en cada

evento.

Ilustración N° 35

Ejercicio recostado en la Posición de Parto Común



Fuente: Terapia física en embarazadas (2007)

Esta actividad es para reforzar los músculos comprometidos con los esfuerzos para sacar al niño durante el trabajo de parto, alienta y acelera el trabajo cuando se relaciona con la temporada de transporte, de manera similar, ayuda a extender y aflojar los músculos de la región lumbar y los glúteos de la espalda.

Acostarse boca arriba, flexionar las piernas sobre el estómago, es una posición decente para aliviar la agonía, especialmente hacia el final de la jornada laboral.

1) estirar la espalda

Para realizar este estiramiento, la mujer embarazada debe inclinarse con las manos y los pies en el suelo, separar las rodillas a una separación de 8 a 10 pulgadas y expandir los brazos (con las manos debajo de los hombros). Flexione la espalda gradualmente hacia atrás, incline la cabeza hacia adelante y colóquela entre las rodillas manteniendo los brazos extendidos.

Mantenga esta situación durante 5 segundos y vuelva gradualmente a la primera posición de inclinación. Repetir la actividad 5 veces.

Ilustración N° 36
Estiramiento hacia atrás.



Fuente: Terapia física en embarazadas (2007)

Esta actividad extiende y refuerza los músculos de la espalda, pelvis y caderas.

1) posición de sastre

Debe hacerse sentado en el suelo con las piernas abiertas y los pies unidos por las plantas. En esta posición, refuerce los codos en las rodillas y con ellas, bájelas poco a poco hacia abajo, hasta que toque el suelo. Mientras tanto, con las manos que sostienen la parte inferior de las piernas, transpórtelas lógicamente más cerca del cuerpo, por mucho que se pueda esperar. En el punto en que los fatigarse vuelven a la posición subyacente. Rehash 6 a 8 veces.

Ilustración N° 37 Ejercicio
en posición de Sastre



Fuente: Terapia física en embarazadas (2007)

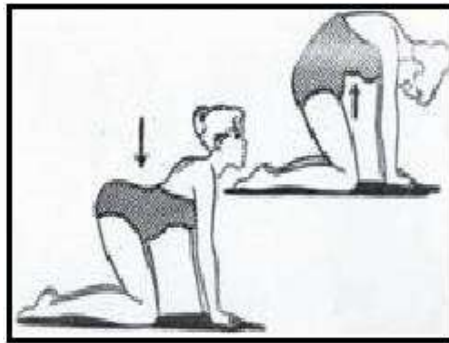
La realización de este ejercicio aumentará la elasticidad de las articulaciones que intervienen durante el parto.

1) Ejercicio a cuatro patas.

Colóquese en la posición de cuatro puntos, baje su espalda tanto como sea posible, aumentando la curvatura de su espalda baja, y luego arquee su espalda tanto como sea posible. Repita 10 veces. Este ejercicio sirve para aumentar la elasticidad de la columna vertebral y la pelvis.

Ilustración N ° 38

Ejercicios “a gatas”



Fuente: Terapia física en embarazadas (2007)

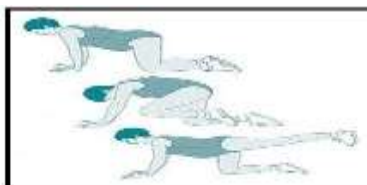
1) Ejercicio de elevación y flexión de las piernas

Para realizar esta actividad, la dama debe inclinarse con las manos y las rodillas sobre el piso, asentar uniformemente el peso y ensanchar los brazos (con las manos debajo de los hombros), llevar la rodilla izquierda hacia el codo, extender la pierna nuevamente sin flexionar la espalda .

Repetir la actividad con las dos piernas 5 a 10 veces.

Ilustración N° 39

Ejercicio de elevación y flexión de piernas



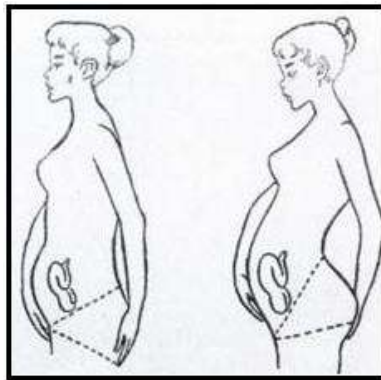
Fuente: Terapia física en embarazadas (2007)

Esta actividad fortalece los músculos de la espalda y el área del estómago.

2) Anteversión y retroversión pélvica.

Esta actividad debe realizarse en posición de pie, con los pies juntos y el cuerpo erguido, una mano se coloca en la parte inferior del intestino y la otra en la parte posterior, en ese punto con la primera se levanta la pelvis y con la mano detrás de ella empuja hacia abajo. Ilustración N° 40

Ejercicio de anteversión y retroversión pélvica



Fuente: Terapia física en embarazadas (2007)

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1 INTRODUCCIÓN

La población tomada para el presente examen se refiere a 217 mujeres embarazadas que acudieron a controlar y recibir tratamiento en el Hospital "Jorge Reátegui Delgado" del distrito de Piura, prueba que se realizó en el período de mayo a julio de 2016, tratando de descubrir información sobre la omnipresencia de la agonía lumbar en mujeres en el período prepartum.

Cuando se estableció el ejemplo, se establecieron las técnicas para el uso de la encuesta organizada con anticipación, donde las consultas buscaron reconocer la cantidad de embarazos de los pacientes, cuánto tiempo dura el embarazo actual, en caso de que ha sentido agonías, cuando apareció la inquietud, ante la posibilidad de que ella esté trabajando y si este movimiento se suma al tormento lumbar de la mujer embarazada.

Como un componente del trabajo de exploración, la Escala analógica visual (VAS), una escala numéricamente evaluada para la evaluación de la fuerza de tormento, se conectó con el objetivo final para decidir los ámbitos de tormento en la región vertebral lumbar. Complementado por el ensayo clínico de Lasegue y Kerning, que trata de saber si los tormentos de la columna vertebral se comparan con la lumbalgia o la lumbociatalgia. Por fin, la tarjeta de evaluación fisioterapéutica se conectó para decidir si los ejercicios diarios de las mujeres embarazadas influyen en el tormento lumbalgico.

Cabe destacar que de la población tomada para el presente trabajo de solicitud en tormentas de espalda baja, 73 mujeres embarazadas reaccionaron para no sufrir tormentas lumbares, lo que permitió cerrar con ellas el estudio, sin estar conectadas a diferentes instrumentos, por ejemplo, la Escala de Eva, Hoja de Evaluación, Fisioterapéuticos y preliminares clínicos de Lasegue y Kernig, mientras que las 144 mujeres que reaccionaron teniendo cierto tormento espinal, procedieron con el trabajo de exploración.

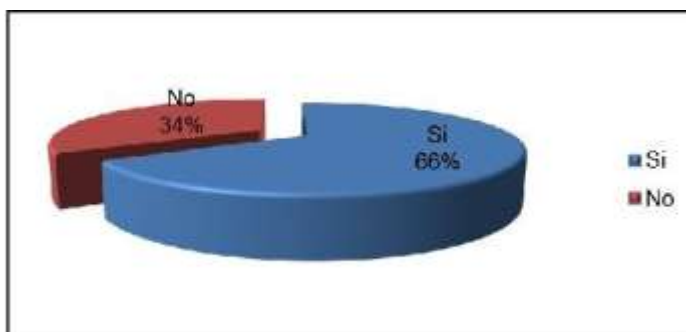
3.2 ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA DE LUMBALGIA

Hospita Jorge Reategui Delgado "es una organización de bienestar general en la ciudad de Piura, donde una gran cantidad de damas embarazadas toca la base para realizar prenatal, traslado y consideración postnatal, una condición que permitió tomar el ejemplo de 217 mujeres embarazadas, obteniendo los resultados que acompañan.

3.2.1 Prevalencia del torbellino lumbar.

De las 217 mujeres embarazadas elegidas como prueba para el presente examen, 73 mujeres que hablaron al 34% dijeron que no sufrieron ninguna agonía por la espalda ya que estaban en el primer mes de embarazo, mientras que 144 mujeres embarazadas anunciaron que tenían un tormento en la espalda de una similar. tipo. Persistente y que el tormento se ha expandido a medida que avanza el embarazo.

GRÁFICO 1
Predominio de agonía lumbar en mujeres embarazadas que acuden al Hospital Jorge Reátegui Delgado en la ciudad de Piura en el período de mayo a julio de 2016.



FUENTE: Resultados de la encuesta a gestantes en el "Hospital" ELABORADO POR: La Autora

El 66% de las mujeres embarazadas que mostraron un tormento lumbar mostró que al final del día su tormento era más extraordinario, causando problemas en el momento de dormir y en reposo, que podrían identificarse con el esfuerzo cotidiano y la situación del cuerpo en medio de ejercicios y en la habitación a la hora de dormir, teniendo en cuenta que no conocen los estándares de limpieza postural y ergonómicos.

La información obtenida contrasta con cuatro puntos, lo que demuestra el jefe médico de la Fundación Kovacs y la Escuela Española de la Espalda, Gestoso M.

(2012) que dice: "más del 70% de las mujeres embarazadas sufren tormentas en la espalda baja. La forma de vida estacionaria, el levantamiento excesivo de peso y el estrés son los elementos que exasperan este problema". Además, hay 16 índices indicados en el exceso de información comunicada por Molina M. (2007) que dice: "en el marco de tiempo de incubación y en el baby blues puede llegar hasta la mitad de las mujeres embarazadas impotentes a la agonía de la espalda baja".

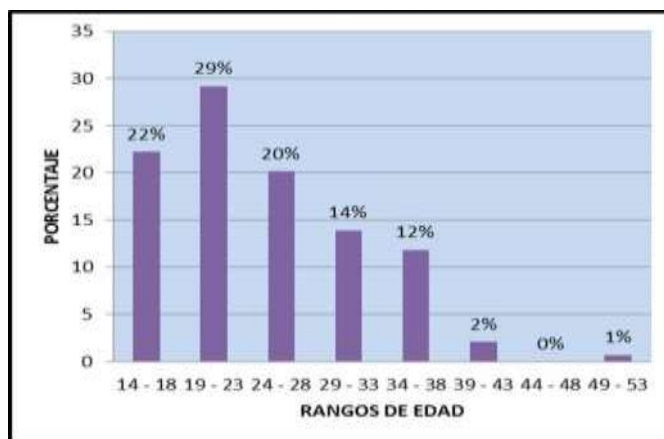
3.1.1 Prevalencia de agonía lumbar por edad y período de incubación

3.1.1.1 Prevalencia de la agonía lumbar por edad.

El tormento lumbar, que es un destacado entre los inconvenientes y complejidades más ampliamente reconocidos en la organización del desarrollo, es considerado inevitable por las damas y los especialistas piensan que este problema está relacionado, entre diferentes componentes, a la edad y al período de incubación.

GRÁFICO 2

Provincia de agonía por edad en mujeres embarazadas que se dirigen al hospital Jorge Retegui Delgado en la ciudad de Piura en el período de mayo a julio de 2016



Fuente: Resultados de la encuesta dirigida a madres gestantes del "Hospital " Elaborado por: La Autora

En el trabajo de examen, se encontraron embarazos en edades comprendidas entre los 14 y los 52 años. El diagrama muestra información con agonía en la espalda de las 144 mujeres embarazadas reunidas como seguidoras: 32 mujeres (22%) maduraron de 14 a 18 años, 42 mujeres embarazadas (29%) maduraron de 19 a 23 años, 29 mujeres embarazadas (20%) con

de 24 a 28 años, 20 mujeres (14%) maduraron de 29 a 33 años, 17

mujeres embarazadas (12%) con edades entre 34 y 38 años, 3 mujeres embarazadas (2%) con edades de 39 a 43 años y una mujer embarazada (1%) de 52 años.

Influir en un examen de la traducción de la información del pasaje pasado puede decirse que en las edades de 19 y 23 años es el lugar donde se pueden encontrar más agonías lumbares, arrastradas por las edades de 14 a 18 años. y en tercer lugar las damas embarazadas situadas en algún lugar en el rango de 24 y 28 años.

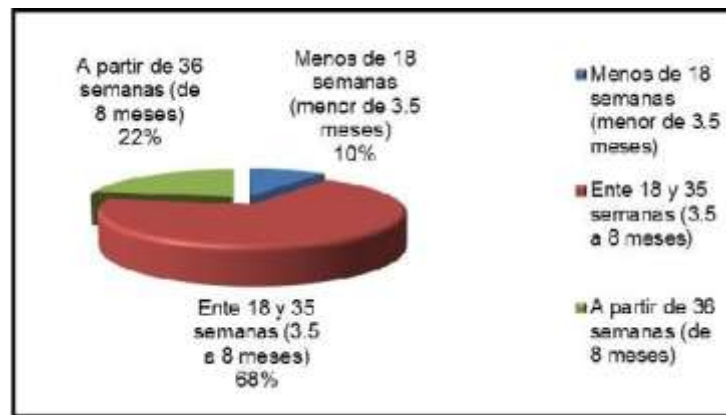
Las damas en las que hay una repetición más prominente de embarazos se encuentran en el rango de 19 y 23 años de edad, alcanzando el 29%; las mujeres de entre 14 y 18 años son pacientes, lo que equivale al 22%; El 20% de las mujeres terminan embarazadas entre los 24 y los 28 años, a diferentes edades tienen una tasa de embarazo baja. La información obtenida se identifica con una investigación con mujeres embarazadas completada en México por Ávila, Casanueva y Arroyo (1985) "por lo tanto, la recolección de 14 a 19 años fue la tasa más asombrosa, mientras que la recolección de 30 a 38 años fue la tasa más baja . "

3.1.1.1 Prevalencia del tormento lumbar por período de desarrollo

En el embarazo, el útero aumenta de tamaño y la columna vertebral en general cambiará de posición, los tendones resultaron ser más débiles, por lo que las articulaciones invierten más energía para ayudar a la pesadez de la espalda produciendo un tormento de espalda en el embarazo.

GRÁFICO 3

Prevalencia de lumbalgia por período de gestación en mujeres gestantes que acuden al Hospital Jorge Reátegui Delgado de la ciudad de Piura en el periodo Mayo – Julio 2016



Fuente: Resultados de la encuesta dirigida a madres gestantes del "Hospital " Elaborado por: La Autora

El diagrama muestra que 14 mujeres embarazadas que comparan con el 10% del ejemplo exhibieron tormentas lumbares mientras estaban en menos de 18 semanas de embarazo. 32 mujeres embarazadas, lo que equivale al 22% de la población exploradora, tuvieron un tormento de espalda entre 18 y 35 semanas de incubación.

Por fin, 98 mujeres embarazadas, lo que implica que 68% dijeron que comenzaron con agonía de espalda luego de 36 semanas de desarrollo.

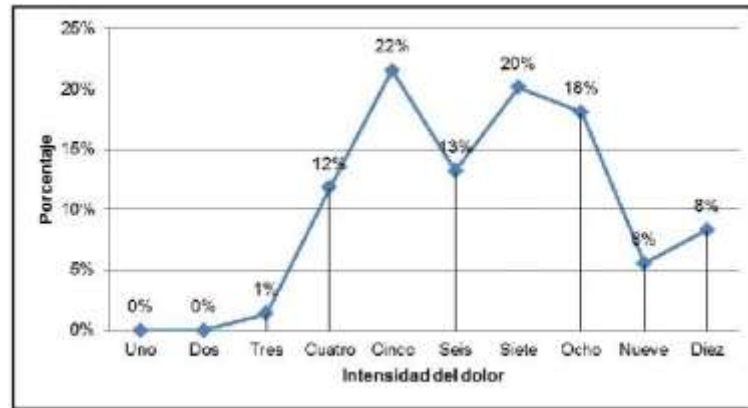
Las consecuencias de este diagrama recomiendan que el tormento lumbar se identifique específicamente con la expansión en la extensión del vientre y el bebé a medida que avanzan los largos períodos de incubación; Sea como sea, las diferentes razones de los problemas lumbares pueden estar relacionadas con el movimiento de las palabras con una postura pobre debido a los cambios fisiológicos y el entumecimiento de la limpieza postural y la ergonomía. La información obtenida se identifica con la comunicada por Molina M. (2007), quien llama la atención sobre el hecho de que "las mujeres embarazadas impotentes ante el tormento lumbar son más frecuentes entre el quinto y el último mes de embarazo".

3.1.1 Examen de la fuerza del dolor utilizando la escala de Eva

La escala analógica visual (VAS) se utiliza para cuantificar tormentos y es como la escala numérica. La escala de Eva es una línea de 10 cm. que representa 10 unidades de fuerza separadas del extremo primario sin "agonía" y el extremo opuesto designa "el tormento más terriblemente terrible posible". En el presente examen, el paciente destacó en la Escala de Eva el punto que mejor describía el poder de su tormento.

GRÁFICO 4

Examen del poder de la agonía según la escala de Eva en mujeres embarazadas que acuden al hospital Jorge Reátegui Delgado en la ciudad de Piura en el período de mayo a julio de 2016



Fuente: Resultados de la encuesta dirigida a madres gestantes del "Hospital" Elaborado por: La Autora

Utilizando la Escala de Eva, fue concebible verificar que 19 mujeres embarazadas, en comparación con el 13%, se enrolaban con tormento directo, 79 mujeres embarazadas, que miden hasta el 55%, se inscribieron desde el tormento medio hasta la agonía prevalente, mientras que 46

las mujeres embarazadas que hablan al 32% se inscribieron desde una agonía grave hasta el tormento más perceptiblemente mal concebible.

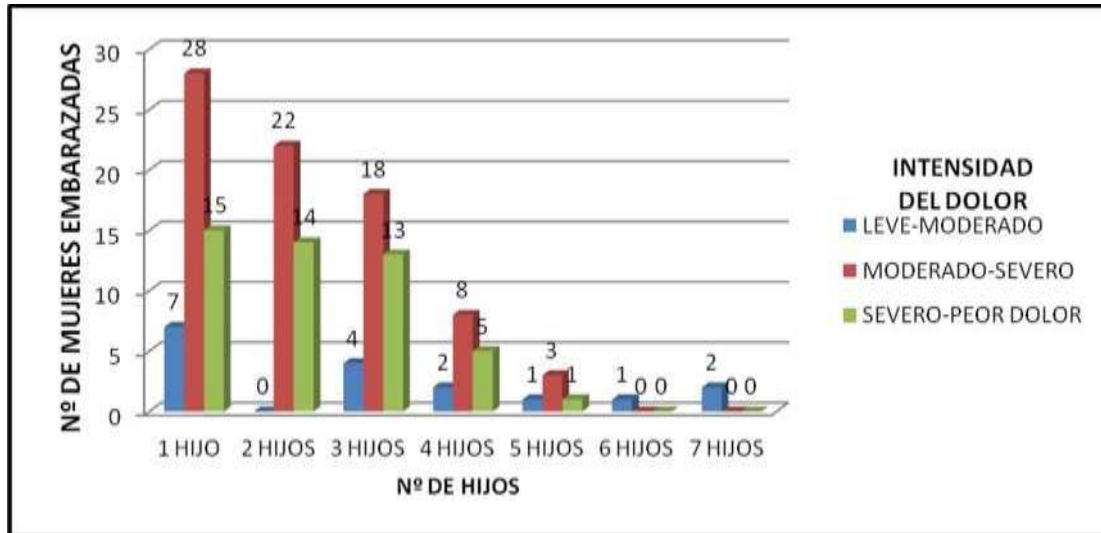
La información obtenida con la utilización de la Escala Eva puede compararse con más de cinco y siete enfoques de tasa individualmente, con respecto a lo que Cerda e Ibáñez llamaron la atención (2008) de que el tormento moderado se ha explicado en la mitad de los casos. . Casos y extremos en el 25% de las damas embarazadas”.

3.1.1 Relación entre el tormento lumbar y la cantidad de embarazos

La agonía de la espalda baja en el embarazo es una de las más destacadas entre las cuestiones donde la cantidad de medios de transporte, la edad y el contexto histórico del tormento lumbar se han relacionado con las manifestaciones, ya que el embarazo requiere un esfuerzo vital para la madre, ya que su cuerpo debe ajustarse a los niveles hormonales,

metabólicos, cardiovasculares, respiratorios y musculoesqueléticos para lograr una condición interior decente para el mejoramiento de las crías.

GRÁFICO 5
Conexión entre el estado de agonía lumbar y la cantidad de niños en mujeres embarazadas que acuden al Hospital Jorge Reátegui Delgado en la ciudad de Piura en el período de mayo a julio de 2016.



Fuente: Resultados de la encuesta dirigida a madres gestantes del "Hospital" Elaborado por: La Autora

Se resolvió que 17 pacientes de las 114 mujeres embarazadas con agonía lumbar reaccionan para soportar el tormento MODERADO MALO, información que no tiene pertinencia significativa, ya que este tipo de tormento se considera un inconveniente menor. En este sentido, se resolvió que las mujeres embarazadas que tuvieron su primer embarazo lograron un mayor poder de

El tormento contrastó con las multíparas, como se puede encontrar en la tabla, el poder de la agonía MODERATE-SEVERE (79 damas) y SEVERE-WORSE PAIN (48 damas), disminuye a medida que aumenta la cantidad de niños.

3.1.1 Prevalencia de lumbalgia o lumbociatalgia.

El tormento lumbar se puede caracterizar como lumbalgia o lumbociatalgia según lo

indicado por la marca registrada y el área de la agonía; la espalda baja es un tormento en la parte inferior de la espalda causado por un trastorno musculoesquelético, mientras que la lumbociatalgia se distingue como un tormento que se encuentra en el lugar inferior de la espalda y que emana a uno de los límites inferiores.

GRÁFICO 6

La perversidad de la lumbalgia o lumbociatalgia en mujeres embarazadas que acuden al Hospital Jorge Reátegui Delgado en la ciudad de Piura en el período de mayo a julio. 2016



Fuente: Resultados de la encuesta dirigida a madres gestantes del "Hospital " Elaborado por: La Autora

Reflexionando sobre las 144 mujeres embarazadas que revelaron tener agonía en la espalda, se realizaron pruebas clínicas para decidir si se debían a indicaciones de lumbalgia o lumbociatalgia; en el caso principal, se conectó la prueba de Kernig, lo que provocó que 96 mujeres embarazadas hablaran al 67% de las pacientes que presentaban el tormento lumbar, mientras que, según los métodos para la Prueba de Lasegue, 48 mujeres embarazadas que son equivalentes al 33% aparecían en tormentas de espalda Baja con radiación en el muslo y la pierna, tormento que se caracteriza por lumbociatalgia.

Los resultados obtenidos en el presente examen, si bien reflejan tasas más altas, mantienen la relación de mayor proximidad notable del tormento lumbar en mujeres embarazadas que de tormentas debido a la lumbociatalgia, datos que afirman lo que se comunica mediante el trabajo de exploración de la Universidad de Alicante (2003).). notas: "el 31.8% tenía lumbalgia tarde o temprano en medio del embarazo y el 15.6% tenía ciatalgia".

3.3 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA DE MUJERES TESTIGOS EN SU VIDA DIARIA

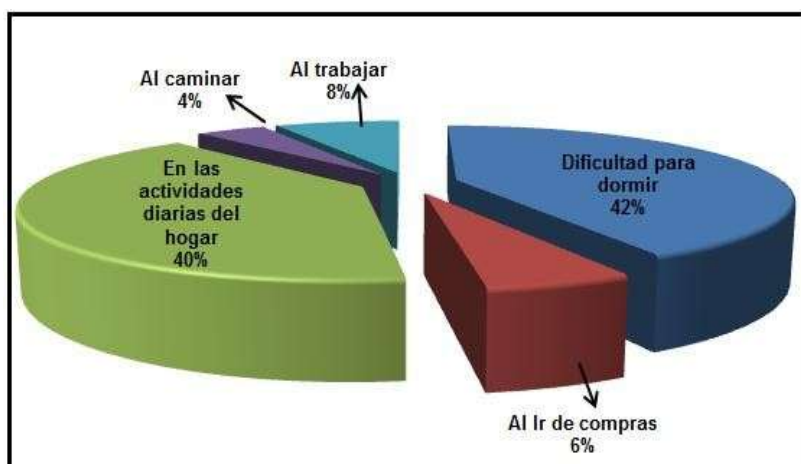
Bajo la idea de que la agonía en la espalda es un tormento o angustia situada al nivel de la columna lumbar con o sin iluminación en una o dos piernas, tratamos de saber cómo el tormento influye cada día en las mujeres embarazadas.

3.3.1 Impacto de la agonía lumbar en los ejercicios diarios de mujeres embarazadas

Especialistas de la Universidad de Alicante (2003) en 745 mujeres con 8 y 12 semanas de incubación en centros de bienestar de Esmeraldas, demostraron como resultados "que la sintomatología musculoesquelética hace que la ejecución de los ejercicios de la vida cotidiana sea molesta en mayor medida. Del 10% de las mujeres ", datos que se completan como la razón para la investigación de los datos que se acompañan:

GRÁFICO 7

Repercusiones de la agonía en la espalda en los ejercicios de la vida cotidiana de mujeres embarazadas que acuden al hospital Jorge Reátegui Delgado en la ciudad de Piura en el período de mayo a julio de 2016.

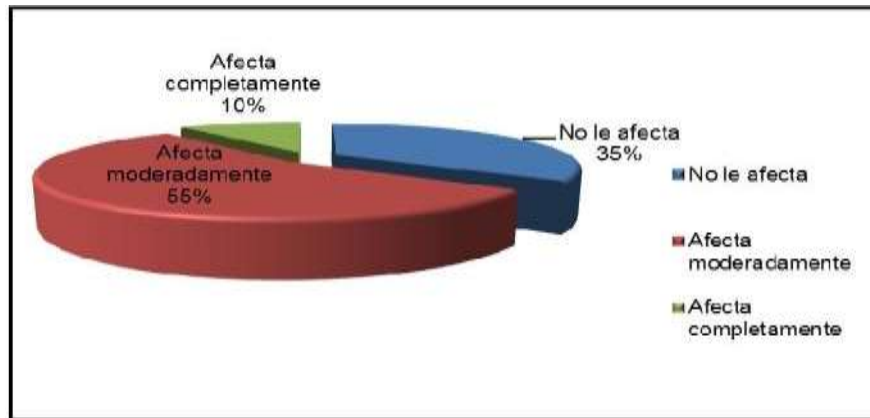


Fuente: Resultados de la encuesta dirigida a madres gestantes del "Hospital" Elaborado por: El Autor

Teniendo en cuenta el tormento lumbar en los ejercicios de la vida cotidiana en mujeres embarazadas, se suele demostrar que 61 mujeres que hablan al 42% dijeron que tenían dificultades para dormirse, seguidas por 58 mujeres embarazadas, lo que equivale al 40% que reveló haber sufrido tormentos sólidos. , 11 mujeres embarazadas que tienen un 8% dijeron que tienen problemas para trabajar, 8 mujeres en un expreso embarazado que habla al 6% comunicaron que tenían tormento cuando compraban, por último, 6 mujeres que equivale a un 4% que dicen tener un tormento lumbar al pasear. Los resultados fueron superados por seis enfoques de tasa respecto a lo que retrató Muriel C. (2003) sobre un examen realizado en mujeres embarazadas, quien mencionó que el 36% de las mujeres embarazadas con agonía lumbar les impiden descansar durante la noche.

GRÁFICO 8

Cómo influye el tormento en los movimientos de la existencia cotidiana de mujeres embarazadas que acuden al Hospital Jorge Reátegui Delgado en la ciudad de Piura en el período de mayo a julio de 2016



Fuente: Resultados de la encuesta dirigida a madres gestantes del "Hospital" Elaborado Autora

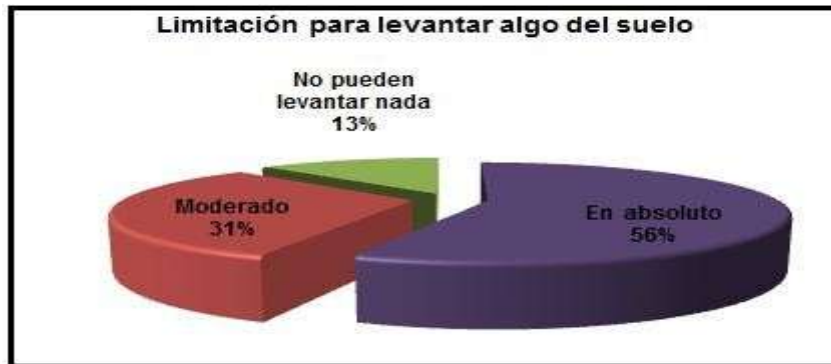
En cuanto al escrutinio, se observó si la agonía lumbar influyó en las señales de la vida cotidiana de las mujeres embarazadas, 79 mujeres que comparan con el 55% dijeron que influye decentemente, 50 mujeres embarazadas, lo que equivale al 35% que lo abordaron. por último, no influye en ellas. 15 mujeres embarazadas que hablan al 10% demostraron que las influye totalmente, lo que en líneas generales implica que 94 mujeres que son equivalentes al 65% con tormento lumbalgésico, enfrentan algunos desafíos para completar sus ejercicios diarios.

3.3.1 Limitación de la mujer embarazada para obtener algo a partir de la etapa más temprana

La agonía que causa el tormento en la espalda baja influye en el límite de activación de las mujeres embarazadas y mantiene ciertos desarrollos, por ejemplo, levantar algo del piso, por ejemplo, inconveniencia debido al volumen de la barriga en la incubación de vanguardia.

GRÁFICO 9

Confinamiento para levantar una porción de la suciedad en mujeres embarazadas que acuden al Hospital Jorge Reátegui Delgado en la ciudad de Piura en el período de mayo a julio de 2016



Fuente: Resultados de la encuesta dirigida a madres gestantes del "Hospital " Elaborado por: La Autora

Con respecto al escrutinio que miró para saber si la agonía lumbar hizo que las restricciones levantaran algo a partir de la etapa más temprana, las mujeres embarazadas que se relacionan con el 56% no estaban restringidas a levantar cosas del piso, 45 mujeres embarazadas que es equivalente al 31% se comunicaron que tienen moderada inquietud en este puntero, por fin

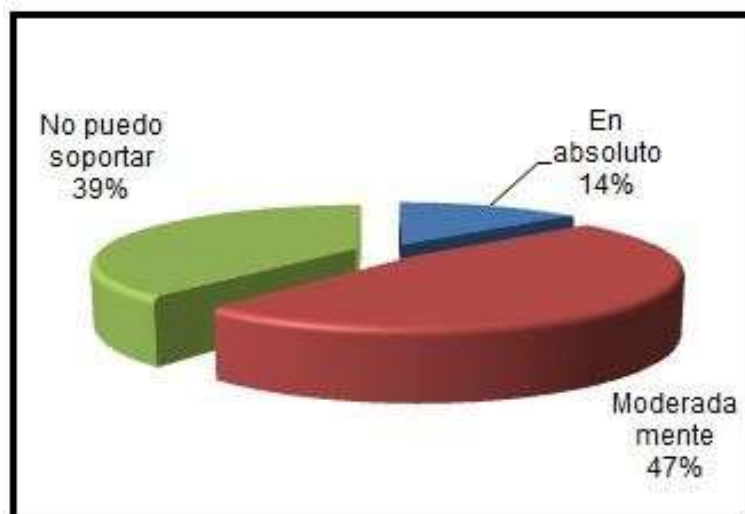
18 mujeres embarazadas que hablaron al 13% dijeron que no podían levantar nada del piso, datos que se identifican con la edad y la última vez que quedaron embarazadas.

3.3.1 Condición de tormento cuando permanece durante bastante tiempo.

La realidad de permanecer en una postura durante un período prolongado, de cualquier manera agradable o regular que pueda ser, también puede causar tormentas o incluso heridas lumbares; La posición de pie retrasada puede ser más agotadora que un esfuerzo dinámico. La posibilidad de consuelo postural se identifica con la probabilidad de cambiar la situación de uno por voluntad propia y no para mantener una postura caracterizada por los lotes significativos.

GRÁFICO 10

Afectación del dolor en el mantenimiento de pie por prolongado tiempo en mujeres gestantes que acuden al Hospital Jorge Reátegui Delgado de la ciudad de Piura en el período Mayo - Julio 2016



Fuente: Resultados de la encuesta dirigida a madres gestantes del "Hospital" Elaborado por: El Autor

Debido a que las mujeres en el embarazo permanecen bastante tiempo experimentando un tormento en la espalda como aparece en el diagrama, donde 68 mujeres embarazadas hablan con un 47% de tormentas moderadas, 56 mujeres, el 39% dijo que no pueden controlar las agonías, mientras que solo 20 están embarazadas las mujeres que es equivalente al 14% dijeron que no tienen problemas lumbares.

En sinopsis, se puede expresar muy bien que 124 mujeres embarazadas, que hablan al 86%, tenían una agonía lumbar de moderada a deplorable como resultado de estar de pie o pasear por períodos prolongados, prestando poca atención a si trabajan fuera del hogar o juegan. Sus ejercicios como amas de casa.

Finaliza

1. De la auditoría hipotética y bibliográfica se deduce que, debido a la expansión en tamaño y peso del útero desde el tercer mes de embarazo, los abdominales se agrandan para ofrecer un ascenso al desarrollo del niño, lo que provoca el incremento del flujo y

reflujo ordinario. Lumbar, que soporta el peso en la parte frontal de las placas intervertebrales, aprieta el tendón vertebral regular posterior, lo que alienta la disposición de las lumbalgias en cualquier caso, arrastradas por bultos y círculos herniados. Sea como sea, las diferentes razones de los problemas lumbares podrían estar relacionadas con el movimiento relacionado con las palabras, el adormecimiento postural y los problemas ergonómicos.

2. Los datos adquiridos a través del uso del resumen, la Escala de Eva, las pruebas clínicas de Lasegue y Kerning y la Tarjeta de evaluación de fisioterapia para mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Jorge Reátegui Delgado en la ciudad de Piura en mayo-julio de 2016. permitieron, a través de la traducción y el examen de la información, suponer que los objetivos expresados se habían cumplido y afirmar la teoría acumulada, según el sistema hipotético y la motivación detrás del examen.

3. La adquisición de datos mediante la aplicación del estudio a 217 mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Jorge Reátegui Delgado durante el período prenatal de mayo a julio de 2016, se presume que 144 mujeres embarazadas (66%) revelaron tener un tormento en la espalda baja. tipo persistente y que ha ido ampliando la agonía a medida que avanza el embarazo, mientras que 73 de los encuestados dijeron que no deben soportar tormentas en la espalda.

4. Se resolvió que las mujeres embarazadas que tuvieron su primer embarazo alcanzaron un poder de tormento más notable en contraste con las mujeres multiparas, la fuerza del tormento MODERADO-SEVERO (79 mujeres) y el DOLOR MÁS SEVERO (48 mujeres), a medida que la cantidad de jóvenes se levanta

5. Dividido por el tiempo de las mujeres embarazadas, se descubrió que el número más notable de mujeres embarazadas con tormentas lumbares ocurre entre 19 y 23 años, seguido por mujeres de 24 a 28 años y en tercer lugar las mujeres embarazadas de 14 a 18 años. ;

Se alistó una suma de 103 mujeres embarazadas, una reunión donde hay un número más

notable de personas con agonía lumbar.

6. Al contemplar la agonía lumbar por período de incubación, se presume que 98 mujeres (68%) que tenían desde las 36 semanas de embarazo en adelante, son las personas que se alistaron con un mayor tormento de espalda, seguidas por mujeres embarazadas de 18 a 35 semanas, lo que Podrían identificarse específicamente con el peso de la sección media, la ausencia de control anteparto, el entumecimiento postural y el uso ergonómico en sus hogares en los ejercicios diarios.

7. Utilizando la Escala de Eva, fue concebible establecer que de las 144 mujeres embarazadas con tormentas lumbares, 79 mujeres (55%) tenían agonía media a alta, 46 mujeres embarazadas (32%) se comunicaron con un tormento grave al más notoriamente malo tormento concebible, mientras que 19 mujeres (13%) dijeron que soportaron el tormento directo al tormento directo.

8. Con el ensayo clínico de Kerning y Lasegue, se estableció que 96 mujeres embarazadas presentaban agonía en la parte baja de la espalda, mientras que 48 mujeres embarazadas demostraron un tormento en la parte inferior de la espalda con radiación en el muslo y la pierna, lo que al final se puede llamar atención. una proximidad más notable del tormento lumbar (67%) contrastó con mujeres con lumbociatalgia (33%).

9. Con las consecuencias de la Tarjeta de Evaluación Fisioterapéutica, se puede notar que en el período previo al parto tienen problemas de descanso del 42%, tormentos musculares del 40% y el resto de las mujeres dijeron que tienen tormentos lumbares cuando van a trabajar, ir de compras y paseando Del mismo modo, los movimientos de la vida cotidiana, levantando cosas del piso y las damas embarazadas de pie sancionaron una agonía moderada a un tormento grave, lo que habla de los impedimentos para realizar estos ejercicios.

RECOMENDACIONES

1) Se prescribe para completar la exploración correspondiente a la presente asignatura en el Hospital Jorge Reátegui Delgado y otros de su tipo, a pesar de hacer estudios de estudio, trabajo de campo y ejecución de nuevas tareas por parte de los estudiantes de la Universidad San Pedro Filial Piura, con el fin de objetivo de descubrir nuevos datos e información sobre problemas de la columna vertebral que en su mayor parte acosan a mujeres embarazadas en medio del parto y después del traslado, teniendo en cuenta que la información encontrada es preocupante.

2) Se prescribe para dispersar este trabajo de examen al Ministerio de Salud y a diferentes clientes responsables de la maternidad, con el objetivo final de completar una cruzada de datos sobre los peligros para la espalda a los que las mujeres embarazadas están descubiertas, si no se toman medidas preventivas. , información de limpieza postural y utilización ergonómica de los espacios donde se crean en medio del embarazo.

3) Con la dispersión propuesta y el requisito de que las madres embarazadas reciban atención para evitar el tratamiento de fisioterapia, se sugiere que este tipo de administraciones deben ejecutarse en enfoques de bienestar y atención a las madres ansiosas, tratando de limitar los peligros del tormento lumbálgico. y lumbociatgia en mujeres embarazadas.

4) Se prescribe para explotar las prácticas de terapia física de la Universidad en varias fundaciones abiertas, privadas y privadas, para hacer trabajos de evitación, a pesar de incorporar batallas para sacar a la luz los problemas que surgen para la columna vertebral, relacionados con una forma de vida estacionaria y posturas terribles debido a la ausencia de información del individuo

BIBLIOGRAFÍA

- ACOG (2009). Como aliviar el dolor de espalda durante el embarazo [En línea] Disponible. <http://www.acog.org/For%20Patients/Search%20Patient%20Education%20Pamphlets%20-%20Spanish/Files/Como%20aliviar%20el%20dolor%20de%20espalda%20durante%20el%20embarazo.aspx> [30/04/2012].
- Álvarez, J. (2010). Huesos y Músculos de la Pelvis. [En línea] Disponible <http://anatomia.uq.blogspot.com/2010/03/pelvis-osea-por-giovanny-argoty.html> [23/09/2012].
- American Academy of Orthopedic Surgeons.(2009). Low Back Pain [En línea] Disponible. <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00498> [30/04/2012].
- Arenas, J. (2010). Dolor Lumbar. Departamento de Ortopedia y Traumatología. En línea] Disponible <http://es.scribd.com/doc/15986476/Dolor-Lumbar-Doctor> [23/09/2012].
- Avila, H., Casanueva, E., y Arroyo, P.(1985). Cohorte de estudios perinatales: edad y embarazo como causas de sesgos. En línea] Disponible <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=es&nextAction=lnk&exprSearch=32984&indexSearch=ID> [23/09/2012].
- Bernal, A., Hofner, K., Morales, A., Perea, A., Torres E. (2007) Estudio anatómico-clínico de la pelvis ósea. estrechos, planos y diámetros pélvicos pelvimetría. Estudio radiológico de la pelvis diferenciación sexual de la pelvis. [En línea] Disponible <http://www.scribd.com/doc/71106922/Pelvis-Osea> [10/11/2012].
- Bienfait, M. (2000). Bases Fisiológicas Terapia Manual y de Osteopatía. [En línea] Disponible http://books.google.es/books?id=YNY36wCqzQEC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q=angulo%20lumbo%20sacro&f=false [10/11/2012].

Cardona, G. Asesora: Noemi Suriol, N. (2010). Tareas del hogar: posturas para evitar molestias en el embarazo. [En línea] Disponible. [http://www.crecerfeliz.es/Embarazo/Cuidados/Tareas-del-hogar-posturas-para- evitar- molestias-en-el-embarazo/\(image\)/5](http://www.crecerfeliz.es/Embarazo/Cuidados/Tareas-del-hogar-posturas-para- evitar- molestias-en-el-embarazo/(image)/5) [30/04/2012].

Cardona, G. (2010). Tareas de hogar; posturas para evitar molestias en el embarazo. En línea] Disponible [http://www.crecerfeliz.es/Embarazo/Cuidados/Tareas-del-hogar- posturas- para- evitar- molestias-en-el-embarazo/\(image\)/0](http://www.crecerfeliz.es/Embarazo/Cuidados/Tareas-del-hogar- posturas- para- evitar- molestias-en-el-embarazo/(image)/0). [30/01/2013].

Carr y Carolyn. (2008). Acupuncture for pelvic and back pain. American

Cedeño, G. (2010). Lumbalgia - Lumbociatalgia. [En línea] Disponible <http://es.scribd.com/doc/111318241/Lumbalgias-GILI> [26/09/2012].

Cerda, P., Ibáñez, G. (2008). Fisiología Perinatal. Santiago, Chile.

Chartow, L. (2008). Lumbalgia y dolor pélvico. Movimiento, Estabilidad y Dolor Pélvico (2da.Ed). Madrid. España

Chávez, D. Ginecóloga y Anatomía de la pelvis. (2006) . [En línea] Disponible <http://www.slideshare.net/venecia90210/anatoma-de-la-pelvis-con-orientacin- ginecoobsttrica>[11/12/2012].

Conor, S. (2003). Fisioterapia en Obstetricia y Ginecología (2ª. Ed).

Dorado, C., Dorado, N García., y Sanchís, J. (2005). ABDOMINALES. [En línea] Disponible http://books.google.com.ec/books?id=21Tcum7LU0EC&pg=PA19&lpg= PA19&dq=musculatura+abdominal+y+lumbar&source=bl&ots=TMGU0RrbIu&sig= Sbe_NkPRyQTIGorB9uoEPq1gGk&hl=es&sa=X&ei=il_CUcCRL4fgqAG11YHYDg

- Dontigny, L. (1990). Anterior dysfunction of the sacroiliac joint as a major factor in the etiology of idiopathic low back pain syndrome. *Physical Therapy*. [En línea] Disponible <http://physther.net/content/70/4/250.full.pdf> [11/12/2012].
- Firpo, C. (2010). Manual de Ortopédica y Traumatología. [En línea] Disponible http://www.profesordrfirpo.com.ar/PDF/manual_de_ortopedia_y_traumatologia_profesor_dr_carlos_a_n_firpo_2010.pdf [10/11/2012].
- Figuro, E., Prieto, I y Bascones, A. (2006). Cambios hormonales asociados al embarazo. Afectación gingivo-periodontal. [En línea] Disponible <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v18n2/original4.pdf> [23/09/2012].
- Francis, E. (2009). Porqué las mujeres embarazadas no se caen al caminar. [En línea] Disponible. <http://francisthemulenews.wordpress.com/tag/embarazo/> [30/04/2012].
- Gálvez, E. (2010). La fecundación Humana, ¿Cómo se produce un embarazo?. En línea] Disponible <http://cuidados-del-bebe.com/4/la-fecundacion-humana-%C2%BFcomo-se-produce-un-embarazo> [11/12/2012].
- Gestoso, M. (2010). Prevenir o combatir el dolor de espalda en el embarazo. Disponible <http://www.crecerfeliz.es/Embarazo/Seguimiento-medico/Dolor-de-espalda-y-embarazo> [11/12/2012].
- Gomez, A. (2012). Suelo Pélvico. [En línea] Disponible. <http://www.maternityreflexology.net/?categoryId=4339> [30/04/2012]
- Gomez, L. (2007). Lumbalgia o dolor de espalda baja [En línea] Disponible. <http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=49355> [30/04/2012]
- GUTKE, A. (2008) Association between muscle function and low back pain in relation to pregnancy. *J Rehabil Med*.
- HUACHAMIN, E. (2010) Ergonomía en el embarazo, s.e., Quito, Ecuador.

Isnera, M., Lecocqb, J., Boudierb, E., Fritz, G., y Nisand, I. (2011). Petits Maux de la Grossesse. Etude de la lombalgie. [En línea] Disponible http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/55/84/63/PDF/memoire_esfbaudeloque_batonat.pdf [26/09/2012].

Jiménez, C. (2004). Ministerio De Salud Pública Facultad De Ciencias Médicas De Granma. Gimnasia Parto. [En línea] Disponible <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2004/v8-2/14.html> [22/03/2012].

Keith, L., Moore y Anne M. (2007). Anatomía: con orientación clínica. [En línea] Disponible http://books.google.com.ec/books?id=4ywjo9aqdt8c&pg=pa361&lpg=pa361&dq=diferencias+entre+pelvis+masculina+y+pelvis+femenina&source=bl&ots=by86to4mpa&sig=konzjpyajwldh2yibgtk_jleui&hl=es419&sa=x&ei=9rpruky8ioi68wtwiogobw&ved=0cikbeogbma0#v=onepage&q=diferencias%20entre%20pelvis%20masculina%20y%20pelvis%20femenina&f=false [26/09/2012].

Kendall F.P., Kendall E. (2000). *Músculos. Pruebas, funciones y dolor postural*.. 4º edición. Editorial Marban. Madrid.

López S y Dr. Vidal O (2006). Anatomía funcional de la pelvis femenina. [En línea] Disponible <http://media.axon.es/pdf/77392.pdf> [11/12/2012].

Le Vay, D. (2004). Anatomía y Fisiología Humana. [En línea] Disponible http://books.google.com.ec/books?id=gkqKyVVH3OQC&pg=PA163&lpg=PA163&dq=diferencias+sexuales+de+la+pelvis+osea+entre+hombre+y+mujer&source=bl&ots=SYoUd_BPBr&sig=9IXsGYKkNzDF1960MvcNTrhJVOW&hl=es-419&sa=X&ei=a-zHUPzoG4O88ATzuYDgBg&ved=0CCkQ6AEwAA#v=onepage&q=diferencias%20sexuales%20de%20la%20pelvis%20osea%20entre%20hombre%20y%20mujer&f=false [Fecha de consulta 11/12/2012].

Maigne, J. (2011). Anatomía Vertebral. Músculos Lumbares. [En línea] Disponible <http://www.gbmoim.com/wp-content/uploads/2011/12/anatomia-diu-2011-musculos-lumbares.pdf> [26/09/2012].

Mata, F.; Chulvi, I.; Roig, J.; Heredia, J.R.; Isidro, F.; Benítez Sillero, J.D.; Guillén del Castillo, M. (2010). Prescripción del ejercicio físico durante el embarazo. [En línea] Disponible www.elsevier.es/ramd [22/03/2012].

- Maigner, R . (2006). *Diagnosis and Treatment of Pain of Vertebral Origin (2da Ed) Medecine manuelle et osteopathie : certitudes et*
- Mata, Chulvi, Roiga, Heredia, Benítez y Castillo, (2010). *Revista Andaluz. Medicina del Deporte*
[En línea] Disponible.
http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/284/284v03n02a13150922pdf_001.pdf
[Fecha de consulta 30/04/2012].
- Mejía, G., Arias. M., Valdez, K., Carrillo, S y Infante, G. (2008). *Dolor de la articulación sacroilíaca. Anatomía, Diagnóstico y Tratamiento.* [En línea] Disponible
<http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v15n3/revision2.pdf> [23/09/2012].
- Mediavilla, D. (2007). *Hombre y mujer, distintos por la espalda.* [En línea] Disponible
<http://www.publico.es/ciencias/27015/hombre-y-mujer-distintos-por-la-espalda>
[11/07/2012].
- Molina R, MJ., y Molina R, F. (2007). *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 7 (27) pp. 266-273. The pelvic pain in the pregnant women, Exercise and Activity.* [En línea] Disponible
<http://cdeporte.rediris.es/revista/revista27/Artembarazo60.pdf> [11/07/2012].
- Mujica F. (2010). *Pelvis Ósea y Blanda.* [En línea] Disponible
<http://www.slideshare.net/frencho/pelvis-sea-y-pelvis-blanda> [Fecha de consulta 11/12/2012].
- Muriel, C. (2003). *Abordajes terapéuticos en el dolor lumbar crónico.* [En línea] Disponible
[http://www.dameinfo.com/granja/dolor-deespalda/documentos/dolor%20cronico%20de%20espalda%20\(lumbalgia\).pdf#page=29](http://www.dameinfo.com/granja/dolor-deespalda/documentos/dolor%20cronico%20de%20espalda%20(lumbalgia).pdf#page=29)
[11/12/2012].
- Munjin, L., Ilibaca, F., Rojas, J. (2007). *Revista chilena de obstetricia y ginecología. Dolor lumbar relacionado al embarazo.* [En línea] Disponible http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262007000400010&script=sci_arttext [11/07/2012].

- Navas López, H. (2012) La Maternidad Isidro Ayora, s.e, Quito, Ecuador.
- Niswander, K. (1987) Obstetricia: práctica clínica. . [En línea] Disponible http://books.google.com.ec/books?id=VGP2SmAESU8C&pg=PA184&lpg=PA184&dq=diametros+pelvicos+de+la+mujer&source=bl&ots=nGQN6DVjU2&sig=30tlm_JMquxUPhgBN2XU44I5Ekg&hl=es419&sa=X&ei=CCfRUMzRHZKs8QSwv4DoAQ&ved=0CEEQ6AEwAzgK#v=onepage&q=diametros%20pelvicos%20de%20la%20mujer&f=false [23/09/2012].
- Orte, E. (2012). Aspectos culturales del dolor en el parto y uso de anestesia epidural en las gestantes del Hospital Reina Sofía de Tudela. [En línea] Disponible <http://zaguan.unizar.es/TAZ/EUCS/2012/7781/TAZ-TFM-2012-064.pdf> [23/09/2012].
- Ortega, S. (2006). Pelvis Osea. [En línea] Disponible seccionseis.files.wordpress.com/2008/10/tema-10-pelvis-osea.ppt [23/09/2012]
- Páez, E. (2010). Facultad de Ciencias Médicas Universidad Interoamericana. Pelvis. [En línea] Disponible <http://www.slideshare-net/elisse08/pelvis-4029103> [11/12/2012].
- Palastanga, N., Field, D., y Soames, R. (2000). Anatomía y movimiento humano. Estructura y funcionamiento. [En línea] Disponible http://books.google.com.ec/books?id=a5iSQyjVBPkC&pg=PA432&lpg=PA432&dq=pared+y+suelo+de+la+pelvis&source=bl&ots=gq_KcV4mtU&sig=JmNGFWSdFa29QMyTsY2br-QX8s&hl=es-419&sa=X&ei=t4trUMXiCIW8ATw64HICg&ved=0CF4Q6AEwDQ#v=onepage&q=pared%20y%20suelo%20de%20la%20pelvis&f=false [30/04/2012].
- Portillo, L. (2011). La actividad física durante el embarazo, una necesidad substancial [En línea] Disponible. <http://www.efdeportes.com/efd155/la-actividad-fisica-durante-el-embarazo.htm> [30/04/2012].
- Rayo, V. (2011). Ergonomía y Embarazo. [En línea] Disponible. <http://ergonomiachile.bligoo.cl/ergonomia-y-embarazo> [30/04/2012].

- Ramírez, C., Guerrero, L., Niño, D. (2007). Disfunción de la articulación sacro ilíaca: causa potencial de dolor lumbar. [En línea] Disponible <http://es.scribd.com/doc/34348106/Disfuncion-de-la-articulacion-sacro-iliaca> [23/09/2012].
- Ramírez, Tulio. Aparato genital femenino. [En línea] disponible http://medicina.unmsm.edu.pe/publicaciones_online/LIBRO%20HISTOLOGIA/organismo%20femenino%20capitulo%2018.pdf [11/12/2012].
- Rodriguez, C. (2010). Lumbalgia y anestesia en la embarazada. [En línea] disponible <http://www.smago.org.mx/memorias/IXCURSO/15.pdf> [11/12/2012].
- Robert. C y Ward. D (226). Fundamentos de medicina y Osteopatía. En línea] Disponible http://books.google.com.ec/books?id=8oMDkdPP_cwC&pg=PA491&lpg=PA491&dq=Bullock+y+Col+curvatura+de+la+columna+lumbar&source=bl&ots=VqenA_M-Bb&sig=TMi_hw3mVMS8NumR-FjoP_I_e_8&hl=es&sa=X&ei=QCjCUB7EEcnrygG30IHwAQ&ved=0CCgQ6AEwAA#v=onepage&q=lumbalgia&f=false [30/01/2013]
- Rocha, F. (2006). Embarazo, Parto y Puerperio Recomendaciones para Madres y Padres. [En línea] Disponible. http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/embarazo_parto_puerperio.pdf [30/04/2012].
- Stein, A. (2009). Heal Pelvic Pain: The Proven Stretching, Strengthening, and Nutrition Program for Relieving Pain, Incontinence, & I.B.S, and Other Symptoms Without Surgery.
- Tarazona, J. (2011). Deporte y actividad física durante el embarazo y la lactancia. En línea] Disponible <http://www.martitarazona.com/?p=249> [11/12/2012].
- Teggiachi M. y Horacio, M. (2008) Revista lumbalgias y lumbociatalgias. Vol. 2. No 3. p. 195-198.

Tortosa, L. (2010) Ergomater: método para la evaluación de riesgos ergonómicos en trabajadoras embarazadas. En línea] Disponible <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/751a785/785.pdf> [30/01/2013].

Theodorakys, M. (2007). Planos Musculares de la Pelvis y el Periné. [En línea] Disponible. <http://tuprepadeanato.blogspot.com/2007/11/planos-musculares-de-la-pelvis-y-el.html> [30/04/2012].

Terapia Física en embarazadas. (2007). [En línea] Disponible. <http://www.terapia-fisica.com/terapia-fisica-en-embarazadas.html> [30/04/2012].

Usandizaga, J y Dr. Del Fuente. (2010). Obstetricia-Ginecología. España vertebrales chez la femme enceinte.

Vallejo, J. (2000). Ergonomía y trabajadoras embarazadas. [En línea] Disponible. <http://www.ergocupacional.com/4910/20932.html> [30/04/2012].

AGRADECIMIENTO

A la universidad y a la carrera de Terapia Física por habernos acogido y la incondicional enseñanza que nos ha brindado.

A nuestros profesores que nos han enfocado al camino del saber otorgándonos sus conocimientos y experiencias.

A nuestros familiares por haber compartido todos los momentos que nos han llevado a lograr esta meta.

Katia Mercedes Burgos Huiman

Dedicatoria:

Desde lo más profundo de mi ser quiero dedicar toda la energía generada durante todos estos años en primer lugar a Dios que día tras día me permitió disfrutar de mi existencia como un ser en constante transformación, a mis padres por conducirme y ayudarme a construir las alas para emprender mi vuelo, en el cual siempre me acompañaron e impulsaron para seguir luego de cada caída.

Katia Mercedes Burgos Huiman

ANEXOS

ANEXO 1 ENCUESTA DIRIGIDA A MADRES GESTANTES

UNIVERSIDAD SAN PEDRO TECNOLOGIA MEDICA TERAPIA FISICA Y REHABILITACION

N° de historia clínica:

Apellidos y nombres

Edad: Estado civil: Ocupación:

.....

1. ¿Ha tenido usted otros embarazos?

No

Sí. Cuantos:.....

2. ¿En cuántas semanas de embarazo se encuentra?

Menos de 18 semanas (menor de 3.5 meses de gestación) Entre
18 y 35 semanas (entre 3.5 meses y 8 meses)

A partir de 36 semanas (de 8 meses de gestación)

3. ¿Tiene usted dolor de la espalda baja durante el embarazo? Sí

No. (Si la respuesta es no para el cuestionario en esta pregunta)

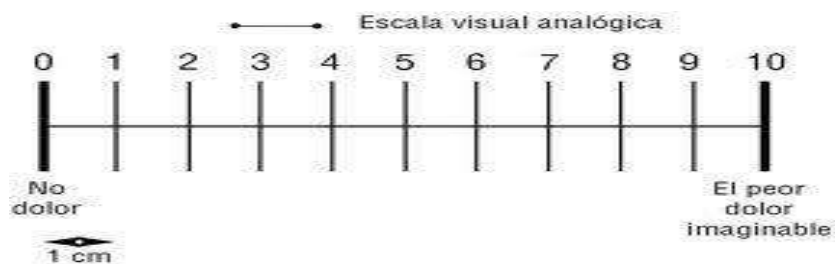
4. ¿Cuándo apareció el dolor de espalda?

Antes de las 18 semanas (3.5 meses de gestación)

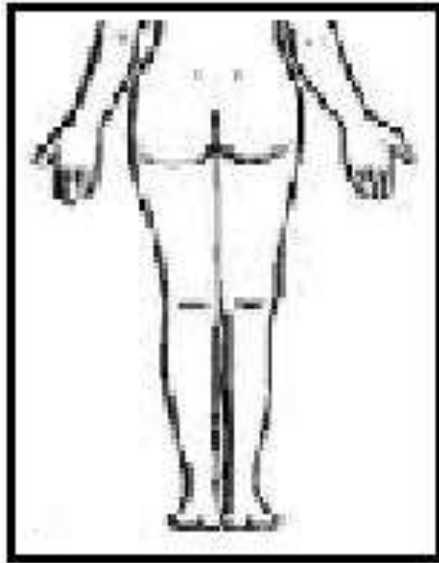
Entre la 18 y 35 semanas (entre 3,5 meses y 18 meses de gestación, no incluye) A
partir de 36 semana (de 8 meses de gestación)

5. Escala Analógica de EVA

Establezca su dolor o molestia durante su embarazo



6. Puede localizar el dolor, señalar con una flecha un X



**ANEXO 2 FICHA DE EVALUACIÓN FIOTERAPEUTICA DE LA MUJER
GESTANTE**

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO
TECNOLOGIA MEDICA TERAPIA FISICA Y REHABILITACION**

N° de historia clínica:

Apellidos y nombres

Edad: Estado civil: Ocupación:

Para cada pregunta marque con una X en el lugar que corresponda su respuesta de acuerdo a las preguntas realizadas.

1. ¿En cuál de las actividades señaladas de su vida cotidiana siente mayor dolor?

- Al estar acostada(al dormir)
- Al ir de compras
- Al realizar las actividades diarias del hogar
- Al caminar
- Al trabajar
- Otro

Si la respuesta es otro exprese en qué actividad y por qué

.....
.....

Respecto a los gestos de la vida cotidiana

2. ¿Cómo afecta el dolor en sus actividades diarias (levantarse de la cama, lavarse los dientes, vestirse, etc.)?

No le Afecta	Afecta Moderadamente	Es imposible realizarlas Afecta completamente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. ¿Se ve limitada para levantar algo del suelo por el dolor de espalda?

No le afecta

Moderadamente

No puedo levantarnada

4. ¿Cómo le afecta el dolor de espalda al permanecer de pie por tiempo prolongado?

No le afecta

Moderadamente

No puedo soportar

ANEXO 3 FICHA DE EVALUACION FISIOTERAPEUTA

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO
TECNOLOGIA MEDICA TERAPIA FISICA Y REHABILITACION**

N° de historia clínica:

Apellidos y nombres

Edad: Estado civil: Ocupación:

EXAMEN FÍSICO

- Tiene dolor de espalda baja:

SI

NO

- Dolor a la palpación:

SI

NO

EVALUACIÓN DEL DOLOR

PRUEBAS PARA DETERMINAR DOLOR LUMBAR O LUMBOCIATALGIA

- Prueba de Lasegue

Positivo

Negativo

- Prueba de Kernig

Positivo

Negativo

DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO

.....
.....
.....

ANEXO 4





