



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA



**“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LOS
TRASTORNOS DORSOLUMBARES EN EL ADULTO MAYOR
DEL HOGAR DE ANCIANOS SAN JOSÉ, DURANTE EL
PERÍODO MAYO – JUNIO DEL 2018”**

TESIS

**Para Optar el Título Profesional de:
Licenciado en Tecnología Médica: Terapia Física y
Rehabilitación**

AUTORES

Bach. T.M. Luis Raúl Arce Febres
Bach. T.M. Diana Betty Saltachin Exebio

ASESORA

Mg. Karla Gabriela Olazabal Boggio

**CHICLAYO - PERU
2019**

DEDICATORIA

A Dios por darme la tenacidad para proseguir en el difícil camino de la vida.

A mis padres “Raúl y María Luisa” por la confianza depositada en mí, por infundirme valores que me han hecho una persona de bien.

A la memoria de mi hermana “La Peca”, quien partió muy temprano al lado del creador.

LUIS RAÚL

DEDICATORIA

A Dios por la vida y la salud que me concede y por hacer de mí un instrumento de servicio.

A mis padres “Oscar y Betty” por su cariño, amor y compañía por estar allí cuando más los necesito.

A mi bebé “Uriel”, el ser más maravilloso que vino a alegrar mi vida y hacer motivo de mis anhelos.

DIANA BETTY

AGRADECIMIENTO

A la Tecnóloga Médica Rosa Margarita Flores Limo, por su tiempo y apoyo brindado en la asesoría de la presente Tesis.

A la directora del Hogar de Ancianos San José Madre Superiora Doris Gonzáles Torres, por el apoyo y las facilidades brindadas para la realización de la presente tesis.

LOS AUTORES

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	02
AGRADECIMIENTO	04
INDICE	05
RESUMEN	06
ABSTRACT	07
I. INTRODUCCIÓN	08
1.1 Marco Teórico	08
a. Situación Problemática	08
b. Antecedentes bibliográficos	11
c. Base Teórica	16
1.2 Problema	25
1.3 Hipótesis	25
1.4 Objetivos	25
1.5 Justificación de la Investigación	26
1.6 Variables: Operacionalización	27
II. MATERIAL Y MÉTODOS	28
2.1 Tipo de Investigación	28
2.2 Diseño de Contrastación	28
2.3 Población y muestra	29
2.4 Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos	29
2.5 Procedimiento	29
2.6 Análisis Estadísticos de los Datos	30
III. RESULTADOS	31
IV. DISCUSIÓN	36
V. CONCLUSIONES	40
VI. RECOMENDACIONES	41
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	47

RESUMEN

Con el objetivo general de determinar el perfil epidemiológico y clínico de los trastornos dorsolumbares en el adulto mayor del Hogar de Ancianos San José, durante el período mayo – junio del 2018. Se realizó el presente estudio de tipo Observacional, Descriptivo y Transversal, cuyo diseño es No Experimental. La población muestral estuvo constituida por 58 adultos mayores internados en dicho Hospicio, durante el período antes descrito que hayan cursado con Trastornos dorsolumbares.

Los principales resultados fueron:

- La incidencia de Trastornos dorsolumbares en el adulto mayor del Hogar de Ancianos San José durante el período de estudio fue 72.41%.
- La población se caracterizó por ser del Género masculino en el 59.52%, cuyas edades fluctuaban entre 70 a 79 años en el 50% y pertenecientes a un Nivel socio económico y cultural bajo en el 59.52%.
- Dentro de las características clínicas de los trastornos dorsolumbares se puede apreciar que la mayoría presentó más de una característica dentro de ellas están la Rigidez articular, Trastornos de la Marcha, Hipertrofia Muscular, Disnea al Ejercicio y las Parestesias en Miembros Inferiores.
- El tipo de trastorno dorsolumbar más frecuente fue la Hipercifosis, Lumbalgia, hiperlordosis y la dorsalgia.

Palabras Claves: Perfil epidemiológico, clínico, trastornos dorsolumbares, adulto mayor.

ABSTRACT

With the general objective of determining the epidemiological and clinical profile of thoracolumbar disorders in the elderly of the San José Home for the Elderly, during the May - June 2018 period. This study was carried out as Observational, Descriptive and Transversal, whose design It's Not Experimental. The sample population was constituted by 58 elderly adults interned in said Hospice, during the period described above who have studied with Dorsolumbar Disorders.

The main results were:

- The incidence of thoracolumbar disorders in the elderly of the Home of Elderly San José during the study period was 72.41%.
- The population was characterized as being of the masculine gender in 59.52%, whose ages fluctuated between 70 to 79 years in 50% and belonging to a socio-economic and cultural level low in 59.52%.
- Within the clinical characteristics of the dorsolumbar disorders, it can be seen that the majority presented more than one characteristic. Among them are Joint Rigidity, Disorders of the March, Muscular Hypertrophy, Dyspnea to Exercise and Paresthesias in Lower Members.
- The most frequent type of thoracolumbar disorder was Hypercifosis, Lumbalgia, hyperlordosis and dorsalgia..

Palabras Claves: Epidemiological, clinical profile, dorsolumbar disorders, elderly.

I. - INTRODUCCIÓN

1.1 Marco Teórico

a) Situación Problemática

Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en nuestro país. En la actualidad la población adulta $\geq$ de 65 años, representa aproximadamente el 10.4% de la población nacional¹, y de acuerdo a las estimaciones hechas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática se espera que en el año 2025 este grupo represente el 8.6% de la población total y en el año 2050 este porcentaje se eleve a un 16.1 %.²

El 81% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico. En la población masculina, este problema de salud afecta al 71,7%, habiendo 9,3 puntos porcentuales de diferencia entre ambos. Por otro lado, las mujeres del resto urbano (84%) son las que más padecen de problemas de salud crónico, en tanto que en Lima Metropolitana y el área rural, son el 80,7% y 75,7%, respectivamente. (Dentro de las enfermedades que más aquejan a los adultos mayores están la artritis y reumatismo entre otras).¹

Esta situación revela la importancia que cobra la atención de este grupo poblacional, así como el incremento de la demanda de servicios de atención propias de este grupo etario.

El proceso de la vejez determina algunos cambios físicos y psicológicos en los individuos, por lo que es muy común que se presenten con más regularidad diversas enfermedades como las crónico-degenerativas, que denotan la muerte de los adultos mayores.³

Durante la edad adulta hay ciertas lesiones dorsolumbares que se dan con una frecuencia lo suficientemente considerable para realizar un abordaje fisioterapéutico.

Referente a ello, los trastornos musculoesqueléticos comprenden una extensa gama de problemas de salud. Se les puede dividir en dos grupos principales: dolor y lesiones o trastornos dorsolumbares y lesiones causadas por esfuerzos repetitivos. Pueden afectar tanto a las extremidades superiores como a las inferiores, y está demostrado que tienen una estrecha relación con el trabajo.⁴

Así pues, las enfermedades musculoesqueléticas agudas y crónicas afectan a individuos de todas las edades.⁵ Desde hace más de dos décadas, la incidencia de estas enfermedades varía entre los grupos de edad, así como el diagnóstico y tratamiento puede ser diferente en los distintos grupos de edad.⁶

El proceso de maduración y envejecimiento puede ser esquemáticamente dividido en 4 periodos. El primero es un periodo de crecimiento y maduración, seguido por una fase relativamente estacionaria; posteriormente sigue una fase de disminución gradual de la función, y finalmente una rápida fase terminal. Esta curva de envejecimiento varía entre órganos y tejidos y además la curva es diferente en cada individuo y, lo que es más importante, la variación aumenta con la edad.⁷

Los adultos mayores en la población mexicana representan un sector en aumento y se espera que en los próximos años, el número de ancianos sobrepase al de jóvenes. La causa de discapacidad en los ancianos son las afectaciones al sistema musculoesquelético hasta en 80%. En la Ciudad de México 36% de la población recurre a la Medicina Privada como medio de atención de salud principal.⁸

Todo ello, motivo el presente estudio. Más aún que dentro del perfil del egresado de Carrera Profesional de Tecnología Médica es el de cumplir con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan al hombre y a su entorno, dentro de ellas las del adulto mayor, específicamente la rehabilitación en pacientes geriátricos.⁹

b) Antecedentes bibliográficos

Internacionales

Rueda G, Tovar J, Hernández S, Quinteros D, Beltrán C (Colombia – 2017).¹⁰ Efectuaron un estudio tipo serie de casos, con el objetivo de describir las características y los factores relacionados con las fracturas de cadera en pacientes atendidos en el Hospital de San José de Bogotá entre enero del 2014 y junio del 2016. Donde incluyeron a 109 pacientes mayores de 18 años de ambos sexos con fractura primaria Coxofemoral tratados en el Hospital San José entre el 1 ero de enero del 2014 y 30 de junio del 2016 con historia clínica completa y excluyéndose pacientes con fracturas patológicas y pacientes tratados de fractura de cadera ipsolateral. El universo estuvo constituido por 96 pacientes de las cuales el 66,7% fueron del sexo femenino (con una media de 81 años de edad), el 96,8% presento comorbilidades como: Osteoporosis (4,2%), Alzheimer (14,6%), Diabetes (8,3%) e Hipertensión Arterial (58,3%). La fractura más común fue la intertrocanterica (69,8%) teniendo como origen principal la caída (93,8%).

Espinosa R, Soto M, Gómez F (México – 2015).⁸ Ejecutaron un estudio de tipo retrospectivo y transversal cuyo objetivo fue Colaborar con la información epidemiológica acerca de la frecuencia de las patologías musculoesqueléticas y su tratamiento

intrahospitalario en pacientes de 65 años y más internados en un Hospital Privado de la Ciudad de México. La población la constituyeron 390 pacientes $\geq$ 65 años del género masculino y femenino internados con algún padecimiento musculoesquelético. De las 390 pacientes, 276 fueron mujeres y 114 hombres. El grupo de edad predominante fue el de 65 a 69 años. Las patologías musculoesqueléticas que predominaron fueron crónicas en 63% de los casos y los diagnósticos principales fueron: fracturas con 29.4%, y gonartrosis con 23.30%. 91.02% de los pacientes recibieron tratamiento quirúrgico. Los autores concluyeron que, en los adultos mayores, los padecimientos crónicos son más frecuentes que los agudos; sin embargo, las fracturas son el diagnóstico principal más frecuente; los autores puntualizaron que se encontraron estudios que analicen la frecuencia de los padecimientos tanto traumáticos como degenerativos y su tratamiento en pacientes ancianos; por lo que los resultados contribuyen con información epidemiológica relevante.

Lenardt M, Kolb N, Elero S, Neu D, Wachholz P (Brasil - 2013).¹¹

Según su artículo de investigación “Prevalencia de prefragilidad para el componente velocidad de la marcha en ancianos”, tuvo como objetivo determinar la prefragilidad y los factores asociados a esa condición, considerando medidas de velocidad de la marcha de los ancianos. La muestra estuvo constituida por 195 ancianos usuarios

de una Unidad Básica de Salud de Curitiba. Hallando la prefragilidad para la velocidad de la marcha posee moderada prevalencia (27,3%) y se asoció al intervalo de edad entre 60 y 69 años, baja escolaridad, no sentirse solitario, utilizar antihipertensivos, presentar enfermedad cardiovascular y sobrepeso.

Suelves J, Martínez V, Medina A (España – 2010).¹² Ejecutaron un estudio descriptivo longitudinal, con el Objetivo de evaluar, a partir de una encuesta de salud poblacional, la proporción de personas que han sufrido lesiones por caídas no intencionadas en una muestra de personas de edad no institucionalizadas, y valorar los factores demográficos y condicionantes médicos asociados. De un total de 3 247 personas de 65 y más años de edad seleccionadas mediante un muestreo aleatorio participaron en la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA-2006), respondiendo un cuestionario administrado por un entrevistador que incluía preguntas sobre lesiones por caídas en los 12 meses previos a la encuesta y otros factores relevantes asociados. Hallando que, el 14,9% de los encuestados manifestaron haber sufrido lesiones por caídas. En el análisis multivariado, el sexo, la edad, vivir solo, estar tomando cinco o más medicamentos y padecer problemas de movilidad, diabetes o trastornos músculo - esqueléticos se asociaron a un mayor riesgo de lesiones por caídas. No se observó, en cambio, un efecto estadísticamente significativo de las discapacidades sensoriales y de

la comunicación, las enfermedades cardiovasculares, las cataratas o el consumo de alcohol.

Nacionales

Durand M (Lima – 2018).¹³ Ejecutó un estudio de tipo no experimental, analítico, transversal y correlacional.; cuyo objetivo fue determinar cuáles son los factores epidemiológicos asociados al tipo de Fractura de Cadera en pacientes Adultos Mayores del Hospital Nacional Sergio Bernales en el año 2017. La población constó de 72 pacientes hospitalizados en el Servicio de Traumatología, de los cuales el 41.7% presenta entre 60-70 años de edad, el 93.1% fue de género Femenino, el tipo de fractura más frecuente fue la intertrocanterica con un 65.3%, el 91.7% proceden de Lima, el lugar del traumatismo fue en la casa en un 90.3% de todos los pacientes, el mecanismo de lesión por la cual se produjo la fractura fue la caída de la misma altura en un 48.6%, el 66.7% presento comorbilidades y de estas la Hipertensión arterial fue la más frecuente con un 31.9%, el 87.5% fue tratado con artroplastia y el 77.8% de los pacientes contaba con Seguro Integral de Salud (SIS). Concluyó que los Factores Epidemiológicos asociados al tipo de fractura de cadera fueron el sexo, la edad y el Tipo de Seguro de Salud en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante el año 2017.

Quispe S (Lima – 2015).¹⁴ Realizaron un estudio de tipo correlacional, transversal y prospectivo con el objetivo de determinar las alteraciones posturales propias del envejecimiento y su relación que tienen con la velocidad de la marcha en pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico PNP San José, año 2015. La edad de la población motivo de estudio estuvieron comprendidas desde los 60 años a más. la muestra estuvo compuesta por 80 pacientes adultos mayores, cumpliendo los criterios de inclusión 70 de ellos. Se demostró que, cuanto mayor son el número de compensaciones posturales en los pacientes adultos mayores, menor será la velocidad de la marcha en el adulto mayor. Se puede concluir, que las compensaciones posturales propias del envejecimiento influyen inversamente en la velocidad de la marcha.

Quispe M, Roncal R (Cajamarca – 2013).³ Realizaron un estudio de tipo descriptivo, analítico, de corte transversal y correlacional; cuyo objetivo fue determinar y analizar los estilos de vidas y su relación con las enfermedades crónico degenerativas del adulto mayor. La muestra estuvo constituida por 50 adultos mayores, seleccionados por conveniencia. Para establecer la relación entre las variables de estudio aplicaron la prueba de criterios Chi cuadrado, con el 95% de confiabilidad y significancia de $p < 0.05$. Los resultados indicaron que; 80% de la muestra presentaron enfermedades del sistema músculo esquelético; 76% sensoriales y

20% hipertensión arterial. En estilos de vida realizan actividades recreativas, 84% (nunca); 50% (a veces), 44% (siempre), consumen sustancias nocivas 88 al 96% (nunca), 44% son sedentarios. Conclusión, los estilos de vida inadecuados guardan relación estadísticamente significativa con la enfermedad crónico degenerativa del sistema músculo esquelético, (P valor = 0.029). Considerando la significancia estadística con una de las enfermedades crónica degenerativa presentada en los integrantes en la Asociación del Adulto mayor se confirma parcialmente la hipótesis alterna.

c) Base teórica

Los trastornos dorsolumbares encierran problemas de columna vertebral tales como hernias y espondilolistesis, lesiones musculares y de los tejidos blandos. Además del proceso degenerativo normal propio del envejecimiento, los estudios epidemiológicos revelan que la falta de ergonomía en el lugar de trabajo contribuye a producir afecciones lumbares en una espalda sana o a acelerarlas en una espalda ya dañada.¹

Aunque los problemas relacionados con los discos vertebrales pueden detectarse con rayos X o escáner óseo, hay otras anomalías como las lesiones musculares y de los tejidos blandos que con

frecuencia no pueden detectarse de este modo. De hecho, el 95% de los trastornos dorsolumbares se denominan «no específicos».¹

A continuación, algunos de los trastornos dorsolumbares más frecuentes en nuestro medio.

Lumbalgia: Es el dolor localizado en la parte inferior o baja de la espalda, cuyo origen tiene que ver con la estructura músculo-esquelética de la columna vertebral. Aproximadamente el 80% de la población ha tenido o tendrá alguna lumbalgia durante su vida. La incidencia anual de desarrollar un episodio de lumbalgia varía desde 4% hasta 93%.^{15, 16, 17, 18, 19}

Aunque nadie queda exento de padecer dolores de espalda en algún momento de su vida, la lumbalgia es un problema que afecta a 7 de cada 10 ancianos. Las personas mayores de 60 años, especialmente más mujeres que hombres, suelen ser más propensas a sufrir este tipo de dolores como consecuencia de la degeneración de las articulaciones de la columna vertebral.¹⁸ Dos de las causas más comunes de la lumbalgia en los adultos mayores son la artrosis y la estenosis vertebral.^{20,21}

Síntomas: lumbalgia y entumecimiento que son más fuertes por la mañana y por la noche. Puede incluir cualquier combinación de los siguientes síntomas:²¹

- Dolores que interrumpen el sueño
- Un dolor que es más pronunciado a primera hora de la mañana y otra vez al final del día
- Un área localizada de la columna que es dolorosa con la palpación
- Un dolor sordo, continuo o intermitente, en la parte inferior de la espalda que se agrava después de hacer mucha actividad física
- Entumecimiento o una pérdida de flexibilidad en la espalda (por ejemplo, una incapacidad para doblarse por la cintura con comodidad)

Posible causa: artrosis de las articulaciones facetarias.²¹

La artrosis de las articulaciones facetarias es una afección degenerativa de evolución lenta. El dolor es causado por la degeneración del cartílago entre las articulaciones facetarias de la columna. Al principio, los síntomas pueden ser solo intermitentes, pero luego pueden convertirse en una lumbalgia más constante y, con el tiempo, pueden llegar a causar no solo una lumbalgia sino también la ciática.

Síntoma: dolor de pierna que se siente principalmente al caminar y al estar de pie. Puede incluir cualquier combinación de los siguientes síntomas:²¹

- Incapacidad para caminar mucha distancia sin tener dolor en la pierna
- La lumbalgia se alivia pronto después de sentarse
- Los síntomas a veces son graves y, otras veces, leves o inexistentes
- Los síntomas son de evolución lenta
- Debilidad, adormecimiento y hormigueo que se irradian de la parte inferior de la espalda a las nalgas y las piernas (ciática)

Posibles causas: estenosis del canal lumbar o espondilolistesis degenerativa.²¹

Tanto la estenosis vertebral como la espondilolistesis degenerativa pueden comprimir los nervios donde estos salen de la columna vertebral. Cuando uno está de pie, por ejemplo, cuando está caminando normalmente, esto aumenta la compresión del nervio, causando el dolor de pierna.

Síntomas: dolor de espalda de aparición repentina, pérdida de flexibilidad y pérdida de estatura. Puede incluir cualquiera de los siguientes síntomas:²¹

- Dolor de espalda de aparición repentina
- Al estar de pie o al caminar generalmente empeora el dolor
- Al recostarse boca arriba el dolor se pone menos intenso
- Pérdida de estatura

- Flexibilidad limitada de la columna
- Deformidad y discapacidad

Posibles causas: aplastamiento vertebral (p.ej., por osteoporosis). ¹⁹

Como regla general debe considerarse la posibilidad de un aplastamiento vertebral luego de cualquier aparición repentina de dolor de espalda en adultos mayores de 50 años, especialmente en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis y en hombres y mujeres luego del uso prolongado de corticoesteroides. En una persona con osteoporosis, hasta una fuerza pequeña ejercida sobre la columna, como por un estornudo, puede ocasionar un aplastamiento vertebral.

Causas menos frecuentes de la lumbalgia.¹⁹ Aunque son menos frecuentes que las afecciones enumeradas arriba, existen varias otras afecciones que también pueden causar la lumbalgia, entre ellas:

- Disfunción de la articulación sacroilíaca
- Síndrome piriforme
- Infección
- Tumor medular
- Fibromialgia
- Espondiloartritis anquilosante
- Coccigodinia

En conclusión, es importante notar que la actitud y la situación de uno también tendrán un efecto en los niveles del dolor y en su duración. Por ejemplo, en las personas que tengan depresión, que estén estresadas o que puedan recibir compensación por una lesión de espalda, es más probable que el dolor se vuelva crónico. En los pacientes que no sufran de estrés y que tengan pocas complicaciones psicológicas es más probable que se mejoren con un tratamiento adecuado de sus afecciones.²¹

Dorsalgia: O dolor de espalda, generalmente es causado por una combinación de causas, es muy raro que sea por una sola causa y afecta casi a la mitad de la población adulta en algún momento de la vida. Por lo general este dolor se siente en un lado de la espalda o en el otro, aunque también puede ser bilateral. Los síntomas más frecuentes de la dorsalgia se encuentran en la zona superior de la espalda, entre los omóplatos, lo que muchos pacientes describen coloquialmente como "paletillas".²²

Es posible padecer dorsalgia si se tiene alguno de estos síntomas, todos ellos frecuentes:²²

- Dolor agudo y punzante en uno de los lados de la espalda. Es posible que el dolor se manifieste en ambos laterales y, en este caso, se trataría de una dorsalgia bilateral.

- Dolor agudo en la zona superior de la espalda, entre los omóplatos.
- Dolor constante en la espalda, que se hace más frecuente a última hora del día y que puede verse incrementado por el cansancio acumulado.
- Notar que el dolor empeora al realizar algunas posturas determinadas durante un largo período de tiempo (leer o trabajar frente al ordenador, por ejemplo).
- Notar cierto alivio al presionar la zona que duele con fuerza. Se produce una especie de “dolor que alivia”.

Espondilortrosis Lumbar. Es una enfermedad degenerativa de las articulaciones que es muy común en los ancianos. Es causada por el envejecimiento y el desgaste relacionado con el tiempo y el desgaste de las vértebras (huesos) de la espalda baja. El deterioro debido a la espondiloartrosis lumbar también afecta al cartílago, una estructura resbaladiza que ayuda a los huesos a moverse con facilidad, y los discos, que son tejidos similares a almohadas entre las vértebras que actúan como amortiguadores ante el movimiento y el peso que soporta la columna.²³

Pinzamiento Lumbar. El pinzamiento lumbar surge cuando al menos dos vértebras, normalmente la cuarta y la quinta comenzando de la cintura hacia arriba, se comprimen, pellizcando el nervio que está entre ellas, provocando una inflamación, con el debido dolor e

inmovilidad. El dolor que causa dicho pellizco o pinzamiento, puede llegar a ser muy intenso, y es un dolor que padecen muchas personas.²⁴

Definición de términos y conceptos

▪ Actividad física¹:

Es la acción que realiza una persona, la cual demanda el aumento del gasto energético producido por el movimiento de los músculos del cuerpo y que forma parte de la vida diaria. Incluye actividades utilitarias u ocupacionales, así como las recreativas.

▪ Actividades físicas recreativas²⁵:

Son actividades que se realizan con fines de distracción o placer, como, por ejemplo: pasear, practicar danzas o bailes y actividades deportivas diversas.

▪ Círculos del Adulto Mayor:

Son agrupaciones u organizaciones voluntarias de personas adultas mayores que participan de manera activa a favor de la promoción de la salud, la prevención de los riesgos y daños a la salud, así como actividades de carácter social, cultural, educativo, recreativo y productivo para lograr un envejecimiento saludable y activo; que se desarrollan en un establecimiento de salud del

primer nivel de atención u otro espacio físico como: parroquia, campos deportivos, locales comunales entre otros.

▪ **Envejecimiento²⁶:**

Es un proceso continuo, universal, irreversible, heterogéneo e individual del ser humano durante todo su ciclo de vida que determina pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En las personas adultas mayores sanas muchas funciones fisiológicas se mantienen estables, pero al ser sometidos a estrés se manifiesta la disminución de la capacidad funcional.

▪ **Envejecimiento satisfactorio:**

Es la condición de salud que permite a las personas adultas mayores satisfacer sus expectativas personales y cubrir las exigencias que le impone el medio donde viven.

▪ **Hábitos de vida saludable:**

Son las prácticas adecuadas de alimentación, actividad física, social y psicoafectiva.

▪ **Persona Adulta Mayor²⁵:**

Población comprendida entre los 60 años de edad a más.

1.2 Problema:

¿Cuál es el perfil epidemiológico y clínico de los trastornos dorsolumbares en el adulto mayor del Hogar de Ancianos San José, durante el período mayo – junio del 2018?

1.3 Hipótesis

Implícita

1.4 Objetivos:

Objetivo General:

Determinar el perfil epidemiológico y clínico de los trastornos dorsolumbares en el adulto mayor del Hogar de Ancianos San José, durante el período mayo – junio del 2018.

Objetivos Específicos:

1. Identificar el perfil epidemiológico del adulto mayor del Hogar de Ancianos San José, durante el período mayo – junio del 2018
2. Estimar la incidencia de Trastornos dorsolumbares en el adulto mayor del Hogar de Ancianos San José, durante el período mayo – junio del 2018.
3. Establecer las características clínicas de los trastornos dorsolumbares en el adulto mayor del Hogar de Ancianos San José, durante el período mayo – junio del 2018.

4. Conocer el tipo de Trastorno dorsolumbar en el adulto mayor del Hogar de Ancianos San José, durante el período mayo – junio del 2018.

1.5 Justificación de la Investigación:

Es indudable que cuando se envejece disminuyen muchas capacidades sobre todo físicas, pero el grado de disminución no solo depende del paso del tiempo, depende de estilos de vida de la persona, que comprende la actividad física desarrollada en la cotidianidad, de sus hábitos o posibilidades nutricionales, de la presencia de determinadas enfermedades crónicas no transmisibles y del grado de daño producida por las mismas.

El siguiente estudio se justifica, ya que los trastornos dorsolumbares o musculo esqueléticos continúan aumentando a escala gradual por el número de afectados, más aún si estos son adultos mayores, los cuales por sus características propias de la edad se convierte en población vulnerable.

Es preciso destacar que la importancia del tema radica en la falta de estudios sobre el tema, tanto a nivel internacional, nacional como local. Esta problemática que continúa desarrollándose, necesita ser abordada y para ello debe realizarse estudios que permitan visualizar de una manera correcta la problemática en los diferentes Centros integrados de atención del adulto mayor, ya que estos subsisten por los diferentes paquetes de atención integral del Ministerio de Salud y

algunos programas del gobierno. Necesitamos como futuros profesionales enmarcados en la Especialidad de Terapia Física, identificar las discapacidades, trastornos musculoesqueléticos o dorsolumbares en el paciente geriátrico, ayudándolo a su rehabilitación de esta forma tendremos reportes de la casuística en nuestro medio, para poder incidir en la promoción y prevención de estos trastornos en este grupo poblacional.

1.6 Variables: Perfil epidemiológico y clínico de los trastornos dorsolumbares del Adulto mayor.

Operacionalización de Variables

Variables	Dimensión	Indicadores	Índice	Escala	Instrum
Perfil epidemiológico y clínico de los trastornos dorsolumbares del adulto Mayor	Socio-Demográfica	Edad (Años)	60 – 69 70 – 79 80 – 89	De Razón	Ficha Anexo
		Sexo	Masculino Femenino	Nominal	
		Nivel Socio – Económico Y Cultural	Alto Medio – Alto Medio Bajo	Ordinal	
	Clínica	Características Clínicas	Rigidez articular Parestesias en Miembros Inferiores Trastornos de la Marcha Disnea al Ejercicio Hipertrofia Muscular	Nominal	
		Tipo de Trastorno Dorsolumbar	Hiperlordosis Hipercifosis Lumbalgia Dorsalgia Espondilitis Anquilosante Pinzamiento Lumbar	Nominal	

II.- MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Observacional / Descriptivo y transversal. ²⁸

Es pertinente acotar que, los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. La presente investigación es descriptiva en tanto permitió investigar los trastornos dorsolumbares en el adulto mayor del Hogar de Ancianos San José.

2.2 DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS:

No Experimental. ²⁸

Los diseños No experimentales también llamados descriptivos. Aquel que se realiza sin manipular deliberadamente variables. En este tipo de investigación no hay condiciones ni estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio.

2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población:

Estuvo constituida por todos los adultos mayores del Hogar de Ancianos San José que cursaron con Trastornos dorsolumbares que fueron un total de 58 (58/90) y que cumplieron con los siguientes criterios de selección.

Criterios de Inclusión

- Edad $\geq$ 60 años.
- Adultos mayores de ambos sexos

Criterios de Exclusión

- Adultos mayores que no deseen participar de la investigación
- Adultos mayores con alteraciones del sistema nervioso central.
- Adultos mayores postrados en cama.
- Adultos mayores que estén hospitalizados.

Muestra: No se utilizará tamaño de muestra ya que la población fue finita (Medible contable).

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la respectiva recolección de los datos se empleó como instrumento una Ficha de Recolección de datos donde están

consignados datos sobre el perfil epidemiológico, características clínicas y el tipo de trastorno dorsolumbar que tiene los adultos mayores. (Ver Anexo). Además, se utilizó la Cedula Sociológica de Meza Cuadra para medir el Nivel Socio – Económico y Cultural de la Familia²⁹ en este caso del Adulto Mayor. Como técnica se utilizó el fichaje.

2.5 PROCEDIMIENTO:

Luego de obtener el permiso correspondiente del Hogar de Ancianos San José, se procedió a la respectiva recolección de datos. Inmediatamente estos datos fueron plasmados en la ficha – anexos, ampliamente diseñada para tal fin, para posteriormente procesarse y consignarse en tablas estadísticas.

2.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:

Una vez revisada la información recogida, se plasmaron los datos en las tablas de contingencia para su posterior análisis. Se utilizó el software SPSS versión 25, los datos estadísticos fueron tabulados en Tablas de una entrada. El análisis de los mismos se realizó a través de cifras porcentuales y medidas de tendencia central.

III.- RESULTADOS

TABLA 1: En la siguiente tabla se puede observar que de los 58 adultos mayores atendidos en el Hogar de Ancianos San José, durante mayo – junio del 2018 el 72.41% de ellos presentaron trastornos dorsolumbares.

TABLA 2: Respecto al perfil epidemiológico de la población motivo de estudio podemos prestar atención que prevalecieron los adultos mayores cuyas edades fluctuaban entre 70 a 79 años en el 50%, cuyo sexo fue el masculino en el 59.52% y pertenecientes a un Nivel Socio – Económico y Cultural bajo en el 59.52% respectivamente.

TABLA 3: En lo que atañe a las características clínicas de los trastornos dorsolumbares se puede apreciar que la mayoría presentó más de una característica dentro de ellas están la Rigidez articular, Trastornos de la Marcha, Hipertrofia Muscular, Disnea al Ejercicio, Parestesias en Miembros Inferiores.

TABLA 4: Dentro de los trastornos dorsolumbares más frecuentes hallados en la población motivo de estudio están Hipercifosis, Lumbalgia, hiperlordosis y la dorsalgia. La Espondilitis Anquilosante y el pinzamiento Lumbar se presentaron con menos frecuencia. Cabe mencionar que la mayoría de adultos mayores presentaron más de dos trastornos dorsolumbares.

TABLA 1

**HOGAR DE ANCIANOS SAN JOSÉ
INCIDENCIA DE TRASTORNOS DORSOLUMBARES
PERÍODO MAYO – JUNIO DEL 2018**

TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOGAR DE ANCIANOS SAN JOSÉ PERÍODO MAYO – JUNIO DEL 2018	58	100.00
INCIDENCIA DE TRASTORNOS DORSOLUMBARES	42	72.41

Fuente: Evaluación Fisioterapéutica

TABLA 2

**HOGAR DE ANCIANOS SAN JOSÉ
PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR
PERÍODO MAYO – JUNIO DEL 2018**

PERFIL EPIDEMIOLOGICO		
EDAD	Nº	%
TOTAL	42	100,00
60 - 69	07	16.67
70 - 79	21	50.00
80 - 89	14	33.33
SEXO	Nº	%
Masculino	25	59.52
Femenino	17	40.48
NIVEL SOCIO – ECONÓMICO Y CULTURAL	Nº	%
Alto	--	--
Medio - Alto	07	16.67
Medio	10	23.81
Bajo	25	59.52

Fuente: Ficha Clínica

TABLA 3

**HOGAR DE ANCIANOS SAN JOSÉ
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS TRASTORNOS
DORSOLUMBARES EN EL ADULTO MAYOR
PERÍODO MAYO – JUNIO DEL 2018**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	N = 42 (100.00)	
Rigidez articular	42	100.00
Parestesias en Miembros Inferiores	15	35.71
Trastornos de la Marcha	38	90.48
Disnea al Ejercicio	18	42.86
Hipertrofia Muscular	27	64.29

Fuente: Evaluación Fisioterapéutica

TABLA 4

**HOGAR DE ANCIANOS SAN JOSÉ
TIPO DE TRASTORNO DORSO – LUMBAR
PERÍODO MAYO – JUNIO DEL 2018**

TRANSTORNOS DORSOLUMBARES	N = 42 (100.00)	
Lumbalgia	40	95.24
Hiperlordosis	25	59.52
Hipercifosis	42	100.00
Dorsalgia	12	28.57
Espondilitis Anquilosante	07	16.67
Pinzamiento Lumbar	03	07.14

Fuente: Evaluación Fisioterapéutica

V.- DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio muestran los Trastornos dorsolumbares en el adulto mayor del hogar de ancianos San José, durante el período mayo – junio del 2018.

Es así que, en la presente investigación se encontró una incidencia de trastornos dorsolumbares en el adulto mayor del Hogar de Ancianos San José durante el período de estudio fue 72.41%. (Tabla 1). Porcentaje alto en relación a los trastornos dorsolumbares especificados por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (FACTS)⁴, quien refiere que, en un momento dado, entre el 15% al 42% de la población padecerá algún trastorno de este tipo, así mismo describe que, el porcentaje dependerá de la población estudiada.

La población sujeta a estudio se caracterizó por ser del Género masculino en el 59.52%, cuyas edades fluctuaban entre 70 a 79 años en el 50% y pertenecientes a un Nivel socio económico y cultural bajo en el 59.52%. (Tabla 2) Dentro de las características clínicas de los trastornos dorsolumbares se halló, que la mayoría presentó más de una característica dentro de ellas están la Rigidez articular, Trastornos de la Marcha, Hipertrofia Muscular, Disnea al Ejercicio y las Parestesias en Miembros Inferiores. (Tabla 3) en relación al tipo de

trastorno dorsolumbar más frecuente fue la Hipercifosis, Lumbalgia, hiperlordosis y la dorsalgia. (Tabla 4).

Como vemos las diferencias porcentuales especificadas al comparar la tabla 1, varían con el tipo de actividad física y el tipo poblacional. Si bien nadie está libre de padecer dolores dorsolumbares en cierto momento de su vida, se dice que algunas afecciones relacionadas a ella, como la lumbalgia es un problema que perturba a 7 de cada 10 ancianos. Las personas mayores de 60 años, principalmente más mujeres que hombres, suelen ser más propensas a sufrir este tipo de dolores como consecuencia de la degeneración de las articulaciones de la columna vertebral.¹⁸ Dos de las causas más comunes de la lumbalgia en los adultos mayores son la artrosis y la estenosis vertebral.¹⁹

Es oportuno demarcar que, la mayoría de los Trastornos dorsolumbares observados son más frecuentes en hombres (55.50%) que en mujeres (44.50%), al parecer porque la mayoría de ellos se dedican a labores donde el esfuerzo físico es muy dinámico debido a labor que estos desempeñan, aunque la mujer no deja de sorprendernos en su actividad de la vida diaria, donde muy aparte del rol dentro del hogar (amas de casa), trabajan y tienen que cumplir con el rol de madre y esposa.

Dentro de las características clínicas de los trastornos dorsolumbares se puede apreciar que el 90.48% de nuestra población motivo de estudio presentó Trastornos de la Marcha. Resultados que fueron reportados también por Lenardt M, Kolb N, Elero S, Neu D, Wachholz P¹¹ en su estudio en Brasil sobre la prefragilidad y los factores asociados a esa condición, considerando medidas de velocidad de la marcha de los ancianos. El proceso de envejecimiento reúne alteraciones; que, en conjunto con el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, pueden provocar el apareamiento de los síndromes geriátricos, entre las cuales merece destaque el síndrome de la fragilidad. La fragilidad abarca factores de diferentes órdenes, siendo caracterizada como síndrome por ser el resultado de la pérdida de las reservas fisiológicas y de adaptación a factores de estrés, en donde el déficit de energía, sarcopenia, disminución de fuerza muscular y de la tolerancia al esfuerzo llevan a la declinación intensificada en múltiples sistemas, que llevan al individuo a una condición de mayor vulnerabilidad.³⁰ Es importante acotar que, la fragilidad, cada vez más, ha surgido como un concepto importante, tanto en el cuidado clínico de personas ancianas, como en investigaciones sobre envejecimiento.³¹ Así pues, este concepto para mucho de los entendidos en este campo se asociado directamente a los trastornos de la marcha que involucra a casi todos los trastornos dorsolumbares. Por ello creemos que sería importante la realización de posteriores estudios respecto a ello, para dilucidar más el horizonte

de estos trastornos en este grupo poblacional tan vulnerable a estas patologías.

También es pertinente acotar que las malas posturas tanto en el trabajo como en la vida diaria, el sedentarismo, la obesidad y algunas actividades sobre todo laborales en las que se requiere un gran esfuerzo físico, suelen ser los detonantes de estos tipos de trastornos.

Por tanto, la fundación Kovacs, ha sido muy concluyente que estas dolencias se caracterizan por tener un alto impacto en la capacidad para trabajar: afectan a la resistencia, reducen la capacidad cognitiva, la concentración, la movilidad, empeoran el estado anímico y producen fatiga.¹⁵

Por ello, meditar y prestar atención al cuerpo sorteando malas posturas y cargar pesos, como medidas preventivas para evitar el dolor y mantener un estilo de vida saludable.¹⁵

Es pertinente acotar que, el fumar es un factor de riesgo asociado a la presencia de estos trastornos dorso – lumbares.¹⁵

V.- CONCLUSIONES

- La población motivo de estudio se caracterizó por ser del Género masculino en el 59.52%, cuyas edades fluctuaban entre 70 a 79 años en el 50% y pertenecientes a un Nivel socio económico y cultural bajo en el 59.52%.
- La incidencia de Trastornos dorsolumbares en el adulto mayor del Hogar de Ancianos San José durante el período de estudio fue 72.41%.
- Dentro de las características clínicas de los trastornos dorsolumbares se puede apreciar que la mayoría presentó más de una característica dentro de ellas están la Rigidez articular, Trastornos de la Marcha, Hipertrofia Muscular, Disnea al Ejercicio y las Parestesias en Miembros Inferiores.
- El tipo de trastorno dorsolumbar más frecuente fue la Hipercifosis, Lumbalgia, hiperlordosis y la dorsalgia.

VI.- RECOMENDACIONES

A la Dirección de la Escuela Profesional de Tecnología Médica

- Seguir apostando por los estudios de proyección social, para que poblaciones vulnerables como son los ancianos de estos Centros de atención referencial reciban la ayuda pertinente en la detección de trastornos dorsolumbares.
- Sensibilizar a la población sobre la importancia de aplicar las medidas preventivas las cuales evitarían un importante número de trastornos dorso – lumbares que ocurren por falta de intención y actitud para aplicar de manera estricta las indicaciones que se den en este sentido.
- Incluir en la Malla Curricular el Curso de Salud Ocupacional tanto en la Especialidad de Radiología y Terapia Física ya que la primera se encarga del diagnóstico radiológico en este caso de los trastornos dorsolumbares y la segunda del tratamiento fisioterapéutico, de esta forma se trabajará en equipo y se prevendrán riesgos y enfermedades ocupacionales.

Para los Investigadores

- Realizar más investigaciones en el Área de la Salud Ocupacional con el fin de incrementar conocimientos y realizar futuras intervenciones en favor de brindar buena atención a los pacientes.

VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).** Informe Técnico N° 03. Situación de la Población Adulta Mayor. Trimestre abril – mayo – junio 2018. – setiembre 2018.
2. **Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).** Informe Técnico No 03. Situación de la Niñez y del Adulto Mayor, abril-mayo - junio 2011. Lima-Perú, 2011. (1).
3. **Quispe M, Roncal R.** Estilos de vida y enfermedades crónico degenerativas del adulto mayor. La Tullpuna. Cajamarca, 2013. Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Enfermería. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Cajamarca – Perú, 2013.
4. **FACTS.** Trastornos dorsolumbares de origen laboral. Resumen del informe de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica. Printed in Belgium, 2000.
5. **Moreno A, Montaña A.** Patología articular inflamatoria del anciano en Atención Primaria. Vol. 12 – Núm. 4 – abril 2002. MEDIFAM, 2002; 12: 266-271.
6. **Hazard R, Andres R, Bierman L, Blass P.** Principles of geriatric medicine and gerontology. 2ª ed. New York: McGraw-Hill, 1990.

7. **Svanborg A.** Practical and functional consequences of aging. Gerontology 1998; 34 (suppl 1): 15.
8. **Espinosa R, Soto M, Gómez F.** Frecuencia de patología musculoesquelética y su tratamiento en pacientes adultos mayores en un Hospital Privado de la Ciudad de México. Acta Ortopédica Mexicana 2015; 29 (1): ene.-feb: pp 21 – 27.
9. **UDCH.** Perfil del del egresado de Carrera Profesional de Tecnología Médica de la Especialidad de Terapia Física y Rehabilitación. Año 2016.
10. **Rueda G, Tovar J, Hernández S, Quinteros D, Beltrán C.** Características de las fracturas de fémur proximal. Repertorio de Medicina y Cirugía. Repert med cir. 2 0 1 7;2 6(4):213–218. Colombia, 2017.
11. **Lenardt M y Colab.** Prevalencia de prefragilidad para el componente velocidad de la marcha en ancianos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 21(3):[08 pantallas] mayo-jun. 2013, Curitiba – Brasil.
12. **Suelves J, Martínez V, Medina.** Lesiones por caídas y factores asociados en personas mayores de Cataluña, España. Rev. Panam Salud Publica. 2010;27(1):37–42.
13. **Durand M.** Factores epidemiológicos asociados al tipo de fractura de cadera en pacientes adultos mayores del Hospital Nacional Sergio Bernal, 2017. Universidad Privada San Juan Bautista, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina

Humana. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano.
Lima – Perú, 2018.

14. **Quispe S.** Alteraciones posturales propias del envejecimiento y su relación con la velocidad de la marcha en el adulto mayor. Hospital Geriátrico PNP, San José 2015. Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación. Facultad de Medicina Humana. E.A.P. de Tecnología Médica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú 2015.
15. **Kovacs.** Investigación médica sobre dolencias del cuello y la espalda. Fundación Kovacs. Mallorca - España. 2015.
16. **Champín D.** Lumbalgia. Rev. Soc. Per. Med. Inter. 2004,17 (2).
17. **Peña L, Peña C, Brieva P, Pérez A, Humbría P.** Fisiopatología de la lumbalgia. Revista Española de Reumatología (Madrid) 2002; 29 (10):483- 488.
18. **Devereaux M.** Low Back Pain. Med Clin N Am 93 (2009) 477–501.
19. **Mc Camey, M.** Low Back Pain. Prim Care Clin Office Pract 34 (2007) 71–82.
20. **Gutiérrez F.** Lumbalgia en la tercera edad. 13/09/2017. © Copyright 2018| Hogar Salud. En: <https://hogar-salud.com/blog/lumbalgia-en-la-tercera-edad/>
21. **Ullrich P. MD.** La lumbalgia en los adultos mayores. Orthopedic Surgeon. Spine – health. Veritas Health. 2012. En:

<https://www.spine-health.com/espanol/lumbalgia/la-lumbalgia-en-los-adultos-mayores>.

22. **Junquera M.** Qué es la Dorsalgia. <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/que-es-la-dorsalgia-causas-sintomas-y-tratamiento>. Año 2015.
23. Columna Vertebral. Espondilortrosis Lumbar. <https://columnavertebral.net/espondiloartrosis-lumbar/> 2015.
24. Columna Vertebral. Pinzamiento lumbar. <https://columnavertebral.net/pinzamiento-lumbar/> 2015.
25. **Minsa.** Resolución Ministerial N°961-2005/MINSA, Directiva Sanitaria N°073-MINSA/DGPS-V.01: “Promoción de la Actividad Física en el Personal de los Establecimientos de Salud”.
26. **Minsa.** Resolución Ministerial N° 240-2013-MINSA, que aprobó la “Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Persona Adulta Mayor”.
27. **Minsa.** Ley N° 28803 “Ley de las Personas Adultas Mayores”.
28. **Hernández R, Fernández C, Baptista M.** “Metodología de la investigación.” 6ª Ed. Mc – Graw - Hill Interamericana Editores, S.A. DE C.V. México. 2014.
29. **Antonio Meza Cuadra.** Nivel de vida y salud. Editorial Causachun, 1972 - 105 pp.
30. **Fried P, Tangen M, Walston J, Newman B, Hirsh C, Gottdiener J, et al.** Frailty in older adults. J GerontolA Biol Sci Med Sci. 2001;56:M146-57.

31. **Wong H, Weiss D, Sourial N, Karunananthan S, Quail M, Wolfson C, et al.** Frailty and its association with disability and comorbidity in a community-dwelling sample of seniors in Montreal: a cross-sectional study. *Aging Clin Exp Res.* 2010; 22:54-62.

ANEXOS



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LOS TRASTORNOS DORSOLUMBARES EN EL ADULTO MAYOR DEL HOGAR DE
ANCIANOS SAN JOSÉ, DURANTE EL PERÍODO MAYO – JUNIO DEL 2018

ANEXO N° 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Edad (años): 60 – 69 () 70 – 79 () 80 – 89 ()

Sexo: M () F ()

Nivel Socio – Económico y Cultural: Alto () Medio – Alto () Medio ()
Bajo ()

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- ☐ Rigidez articular
- ☐ Parestesias en Miembros Inferiores
- ☐ Trastornos de la Marcha
- ☐ Disnea al Ejercicio
- ☐ Hipertrofia Muscular

TRASTORNOS DORSOLUMBARES: SI () NO ()

- ☐ Hiperlordosis
- ☐ Hipercifosis
- ☐ Lumbalgia
- ☐ Dorsalgia
- ☐ Espondilitis Anquilosante Pinzamiento Lumbar

ANEXO N° 2

CÉDULA SOCIOLÓGICA DE MEZA CUADRA PARA MEDIR EL NIVEL SOCIO ECONÓMICO Y CULTURAL DE LA FAMILIA

1. GRADO DE INSTRUCCIÓN	2.- NIVEL DE INFORMACIÓN	3.- CATEGORÍA OCUPACIONAL
(0) Analfabeto (1) Primaria incompleta (2) Primaria completa. (3) Secundaria incompleta (4) Secundaria completa (5) Técnico. (6) Universitario	(0) Desconoce (1) Incompleta (3) Completas	(0) Desocupado – abierto (1) Obrero (2) Independiente (3) Empleado (4) Profesional (5) Empleador
4.- INGRESO MENSUAL	5.- TIPO DE VIVIENDA	6.- MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN
(0) < 300 (1) 300 – 500 (2) 501 – 600 (4) 601 – 700 (5) > 700	(1) Callejón (2) Quinta (3) Casa (4) Independiente (6) Chalet	(0) Recuperable (esteras) (1) Rustico (adobe-caña) (3) Madera (4) Material noble
7.- PERSONA POR CAMA	8.- PERSONA POR PIEZA	9.- TIPO DE COCINA
(0) Más de 3 personas (1) Entre 2 y 3 personas (2) Entre 1 y 2 personas (3) Una persona o menos	(0) Más de 3 personas (1) Entre 2 y 3 personas (2) Entre 1 y 2 personas (3) < 1 persona o menos	(1) Bracero (leña y/o carbón) (3) Kerosene (5) Gas o eléctrica
10.- SERVICIOS HIGIÉNICOS	11.- LUZ ELÉCTRICA	12.- AGUA POTABLE
(0) No hay (1) Pozo ciego (2) Letrina (3) Inodoro	(0) No hay instalación (2) Si hay instalación	(0) No hay instalación (5) Si hay instalación

* Antonio Meza Cuadra: *Nivel de vida y salud*. Editorial Causachun, 1972 - 105 pp.

CLASIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL (N.S.E.C)

- N.S.E.C ALTO 65-75 PUNTOS
- N.S.E.C MEDIO ALTO 45-64 PUNTOS
- N.S.E.C. MEDIO 27-44 PUNTOS
- N.S.E.C. BAJO 00-26 PUNTOS

Frecuencias

Estadísticos

TRANSTORNOS DORSOLUMBARES

N	Válido	58
	Perdidos	0

TRANSTORNOS DORSOLUMBARES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	16	27,6	27,6	27,6
	Si	42	72,4	72,4	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Estadísticos

EDAD

N	Válido	42
	Perdidos	0

EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	60 - 69	7	16,7	16,7	16,7
	70 - 79	21	50,0	50,0	66,7
	80 - 89	14	33,3	33,3	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

Estadísticos

SEXO

N	Válido	42
	Perdidos	0

SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	17	40,5	40,5	40,5
	Masculino	25	59,5	59,5	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

Estadísticos

NIVEL SOCIO – ECONÓMICO Y CULTURAL

N	Válido	42
	Perdidos	0

NIVEL SOCIO – ECONÓMICO Y CULTURAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Bajo	25	59,5	59,5	59,5
Medio	10	23,8	23,8	83,3
Medio - Alto	7	16,7	16,7	100,0
Total	42	100,0	100,0	

Estadísticos

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

N	Válido	42
	Perdidos	0

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Rigidez articular	42	100,0
Parestesias en Miembros Inferiores	15	35,7
Trastornos de la Marcha	38	90,5
Disnea al Ejercicio	18	42,9
Hipertrofia Muscular	27	64,3

Estadísticos

TRANSTORNOS DORSOLUMBARES

N	Válido	42
	Perdidos	0

TRANSTORNOS DORSOLUMBARES

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Lumbalgia	40	95,2
Hiperlordosis	25	59,5
Hipercifosis	42	100,0
Dorsalgia	12	28,6
Espondilitis Anquilosante	07	16,7
Pinzamiento Lumbar	03	07,0