

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica
Especialidad en Terapia Física y Rehabilitación

Tesis

**Enfermedades frecuentes del adulto mayor en el servicio
de medicina física "Hospital Nacional Carlos Alberto
Seguin Escobedo" EsSalud-Arequipa 2019**

Morayma Rosario Rosales Cifuentes

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Tecnología Médica con Especialidad
en Terapia Física y Rehabilitación

Arequipa, 2021

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

Dedicatoria

Al forjador de mi camino, mi Padre Celestial, por estar a mi lado en los momentos más difíciles y gratos como este.

A mi adorado padre Javier Rosales Llanos.

A mi linda madre.

A la población del adulto mayor.

A los Docentes del Perú.

Morayma Rosario

Agradecimientos

Al forjador de mi camino, mi Padre Celestial, por estar a mi lado en los momentos más difíciles y en los gratos como este.

A mi adorado padre, don Javier Rosales Llanos, Licenciado en Lengua y Literatura, vida y corazón dedicado a la política, a la docencia, al pensamiento y preocupación por el destino de sus pueblos, gran forjador de mi destino y maestro también, que el COVID 19 me ha quitado, empezamos este trabajo juntos, y lo terminamos igual, aunque un poquito lejos ahora. Gracias Papá.

A mi linda madre, Licenciada en Educación, docente jubilada, dulce tesoro que tengo presente, quien con su amor infinito me impulso siempre a terminar lo que empecé. Gracias Madrecita.

A la población del adulto mayor, quienes, como mi madre, son el tesoro de quienes podemos tenerlos a nuestro lado.

A los Docentes del Perú, por su labor tan encomiable, sacrificada, y poco valorada. Baluarte que por Dios son bendecidos

A mi asesor, Dr. Armando Carrillo Fernández por su invaluable apoyo y guía en la elaboración de la tesis.

A los Doctores: Ricci Paricahua Alvarez, Jose Silverio Corrales Aragon, Victor German Torres Días, Carlos Felipe Palacios Rosado y Tania Rosales Cifuentes, quienes me guiaron en todo momento.

Morayma Rosario Rosales Cifuentes

Índice de Contenidos

Dedicatoria	ii
Agradecimientos.....	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de Tablas	vi
Índice de Figuras.....	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Introducción.....	x
Capítulo I Planteamiento del Estudio	12
1.1. Planteamiento y Formulación del Problema.....	12
1.1.1. Problema General.....	15
1.1.2. Problemas Específicos.....	16
1.2. Objetivos	17
1.2.1. Objetivo General.....	17
1.2.2. Objetivos específicos.....	17
1.3. Justificación e importancia	18
1.4. Hipótesis y descripción de variables	19
Capítulo II Marco Teórico	20
2.1. Antecedentes del problema	20
2.1.1. Antecedentes Nacionales.....	20
2.1.2. Antecedentes Internacionales.....	21
2.2. Bases teóricas	34
2.2.1. Enfermedades del Sistema Osteomuscular y Tejido Conjuntivo.....	34
2.2.2. Enfermedades del Sistema Articular.....	34
2.2.3. Enfermedades del Sistema Nervioso.....	35
2.2.4. Enfermedades del Sistema Circulatorio.....	35
2.2.5. Secuelas de Traumatismos de Miembro Inferior.....	36
2.2.6. Casos frecuentes de los factores que Influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, según la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE 10.....	36
2.3. Definición de Términos Básicos.....	50
Capítulo III Metodología	52
3.1. Método, y alcance de la investigación	52
3.2. Diseño de la investigación	52

3.3. Población y muestra	52
3.3.1. Población.	52
3.3.2. Muestra	53
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	53
3.4.1. Técnicas.....	53
3.4.2. Instrumento.	53
3.4.3. Recolección de Datos.	53
3.4.4. Técnica de procesamiento y análisis de datos.....	54
Capítulo IV Resultados y Discusión	55
4.1. Resultados del Análisis de la Información.....	55
4.1.1. Resultados del Objetivo General.	55
4.1.2. Resultados de Objetivos Específicos.	58
4.2. Prueba de hipótesis	78
4.3. Discusión de resultados	78
Conclusiones.....	88
Recomendaciones.....	90
Referencias Bibliográfica.....	92
Anexos	102

Índice de Tablas

Tabla 1. Clasificación según CIE 10	39
Tabla 2. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	41
Tabla 3. Enfermedades frecuentes del adulto mayor.....	55
Tabla 4. Clasificación por sistemas de las enfermedades de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.	58
Tabla 5. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo de las enfermedades frecuentes del adulto mayor (diferencia de porcentajes de casos por enfermedad y género).....	60
Tabla 6. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.	61
Tabla 7. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo de las enfermedades frecuentes del adulto mayor (continuación).....	62
Tabla 8. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo de las enfermedades frecuentes del adulto mayor	63
Tabla 9. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.	64
Tabla 10. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.	65
Tabla 11. Enfermedades del sistema articular de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.	66
Tabla 12. Enfermedades del sistema articular de las enfermedades frecuentes del adulto mayor. (Poliartrosis).	67
Tabla 13. Enfermedades del sistema articular de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.	67
Tabla 14. Enfermedades del sistema articular de las enfermedades frecuentes del adulto mayor, (Coxartrosis).....	68
Tabla 15. Enfermedades del Sistema Nervioso de las Enfermedades Frecuentes del Adulto Mayor.....	69
Tabla 16. Enfermedades del sistema circulatorio de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.	70
Tabla 17. Casos frecuentes de Secuelas de Traumatismos de Miembro Inferior, de las Enfermedades Frecuentes del Adulto Mayor.....	71
Tabla 18. Casos frecuentes de los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud.....	72
Tabla 19. Características demográficas de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.....	74
Tabla 20. Características demográficas de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.....	76

Índice de Figuras

Figura 1. Enfermedades frecuentes del adulto mayor en el servicio de Medicina física.....	57
Figura 2. Clasificación por Sistemas de las enfermedades más frecuentes del Adulto Mayor.	59
Figura 3. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo.....	61
Figura 4. Enfermedades del Sistema Osteomuscular y Tejido Conjuntivo. .	62
Figura 5. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo.....	63
Figura 6. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo.....	64
Figura 7. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo.....	65
Figura 8. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo. síndrome post laminectomía	66
Figura 9. Enfermedades del sistema articular. Poliartrosis.....	67
Figura 11. Enfermedades del sistema articular. Gonartrosis primaria bilateral y gonartrosis no especificada.....	68
Figura 10. Enfermedades del Sistema Articular. Coxartrosis.....	69
Figura 12. Enfermedades del sistema nervioso.....	70
Figura 13. Enfermedades del sistema circulatorio.....	71
Figura 14. Casos frecuentes de secuelas de traumatismo del miembro inferior del adulto mayor.....	72
Figura 15. Casos frecuentes de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	73
Figura 16. Características demográficas de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.....	73
Figura 17. Características demográficas de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.....	75
Figura 18. Características demográficas de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.....	77

Resumen

El estudio tuvo por objetivo Conocer las Enfermedades Frecuentes del Adulto Mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguí Escobedo” EsSalud - Arequipa 2019. El tipo de investigación desarrollado fue básico, de nivel descriptivo, no experimental, transversal, retrospectivo. La población estuvo conformada por pacientes adultos mayores, atendidos en el servicio de medicina física del Hospital. La información se obtuvo de las historias clínicas del sistema de gestión hospitalaria (SGH), mientras que, para el análisis de datos, se utilizó Microsoft Excel 2013 y el Spss v 23. Los resultados mostraron que las enfermedades frecuentes del adulto mayor, corresponde a radiculopatía (26.6 %), trastornos del disco lumbar y otros con radiculopatía (14.7 %), y presencia de implante ortopédico articular (13.8 %). Por otro lado, se observa también las enfermedades menos frecuentes, tales como: lumbago con ciática (1.6 %), disfonía (1.5 %), hemiplejía flácida (1.5 %), parálisis de Bell (1.5 %), estenosis espinal (1.4 %), enfermedad de Parkinson (1.2 %), secuelas de aplastamiento y amputación traumática de miembros (1.1 %), linfedema no clasificado en otra parte (1.1 %), espondilolistesis (1 %), secuelas de otras fracturas de miembro inferior (0.9 %), gonartrosis no especificada (0.9 %), dorsalgia no especificada (0.9 %), paraplejía flácida (0.7 %), trastorno de disco cervical con radiculopatía (0.7 %), disfasia y afasia (0.7 %), lesión del hombro no especificada (0.7 %), rehabilitación cardíaca (0.6 %), síndrome postlaminectomía no clasificada en otra parte (0.6 %), y coxartrosis primaria bilateral (0.6 %). El estudio concluye en que, las enfermedades frecuentes del adulto mayor presentadas por sistemas fueron: patologías del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo (61.8 %), sistema nervioso (10.4 %), sistema circulatorio (1.1 %), sistema articular (8.2 %), casos frecuentes de secuelas de fracturas de miembro inferior (2.0 %), casos frecuentes de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (16.4 %). Las características demográficas en base al género del adulto mayor; se evidenció al género femenino con más recurrencia con un 60.5 %, respecto al género masculino con un 39.5 % en el servicio de medicina física.

Palabras clave: Enfermedad, adulto mayor, medicina física y rehabilitación.

Abstract

The objective of the study was to know the Frequent Diseases of the Elderly in the Physical Medicine Service, National Hospital "Carlos Alberto Seguín Escobedo" EsSalud - Arequipa 2019. The type of research developed was basic, descriptive, non-experimental, cross-sectional, retrospective. The population consisted of older adult patients attended in the physical medicine service of the Hospital. The information was obtained from the clinical records of the hospital management system (SGH), while Microsoft Excel 2013 and Spss v 23 were used for data analysis. The results showed that the most frequent diseases in the elderly were radiculopathy (26.6 %), lumbar disc disorders and others with radiculopathy (14.7 %), and the presence of orthopedic joint implants (13.8 %). On the other hand, less frequent diseases are also observed, such as: lumbago with sciatica (1.6 %), dysphonia (1.5 %), flaccid hemiplegia (1.5 %), Bell's palsy (1.5 %), spinal stenosis (1.4 %), Parkinson's disease (1.2 %), sequelae of crushing and traumatic limb amputation (1.1 %), lymphedema not elsewhere classified (1.1 %), spondylolisthesis (1 %), sequelae of other lower limb fractures (0.9 %), unspecified gonarthrosis (0.9 %), unspecified dorsalgia (0.9 %), flaccid paraplegia (0.7 %), cervical disc disorder with radiculopathy (0.7 %), dysphasia and aphasia (0.7 %), unspecified shoulder injury (0.7 %), cardiac rehabilitation (0.6 %), postlaminectomy syndrome not elsewhere classified (0.6 %), and bilateral primary coxarthrosis (0.6 %). The study concludes that the frequent diseases of the elderly presented by systems were: pathologies of the musculoskeletal system and connective tissue (61.8 %), nervous system (10.4 %), circulatory system (1.1 %), articular system (8.2 %), frequent cases of sequelae of fractures of the lower limb (2.0 %), frequent cases of factors influencing the state of health and contact with health services (16.4 %). The demographic characteristics based on the gender of the older adult; the female gender with more recurrence was evidenced with 60.5 %, with respect to the male gender with 39.5 % in the physical medicine service.

Key words: Disease, elderly, physical medicine and rehabilitation.

Introducción

El Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú, acorde a la situación poblacional del adulto mayor, manifiesta que se ha incrementado en un 13,0 % de la población peruana al 2021, existiendo en el Perú 4 millones, 140 000 personas mayores de 60 años, (52,4 %) mujeres, 2 millones 168 000, (47,6) hombres, 1 millón 973 000, siendo el 13 %. También da a conocer que el 77,9 % de este grupo etario padecen de un problema de salud crónico, siendo el género femenino un 82,3 % y el género masculino un 72.9 % según la encuesta nacional de hogares (1).

El conocimiento de las enfermedades frecuentes del adulto mayor en un servicio de medicina física, es un factor muy importante, que pone de manifiesto la condición situacional de salud que se pudiera establecer en un servicio de atención público o privado, y que es la expresión de un estado de salud de este grupo etario, cuyos datos permiten establecer situaciones de deficiencia, áreas de necesidad; como también estimar si se logran las expectativas del servicio de medicina física y del paciente que es atendido, en un procedimiento de análisis, caracterizado en esta investigación descriptiva, para poder establecer las acciones relevantes y atención adecuada, asociadas a la ocurrencia de ciertas enfermedades frecuentes en el servicio de medicina física. El mantener y fomentar la capacidad funcional del adulto mayor, son pilares básicos en los procedimientos asistenciales en el adulto mayor en el primer nivel de atención (2).

El estado poblacional del adulto mayor en el Perú, en su lineamiento de salud y bienestar, denota servicios médicos insuficientes, así como infraestructura y accesibilidad deficiente (2).

En base a dichos lineamientos es merecedor una vigilancia general actualizada en los servicios de rehabilitación física, lo que permitirá precisar dicho conocimiento para la implementación o actualización estratégica, dirigidos a la atención de dichas enfermedades frecuentes, teniendo como objetivo en la investigación, el conocimiento, que conlleve a la creación, actualización, reforma o expansión de registros en base a la información de enfermedades frecuentes en un servicio de Medicina Física, que contribuyan

a la salud y más aún a la prevención de discapacidad, también permitirá poner atención en las carencias sobre la capacitación de profesionales, para un adecuado tratamiento rehabilitador, como también, la implementación logística en equipamiento ergonómico en cada servicio de rehabilitación física, de este modo se pretende inspirar trabajos de investigación, dirigida a mejorar el conocimiento de las enfermedades frecuentes que aquejan a los servicios de rehabilitación física, implementar sus sistemas de manejo de acuerdo a las necesidades, además de una adecuada capacitación de profesionales de terapia física, sobre técnicas fisioterapéuticas innovadoras que pudieran paliar, las enfermedades más frecuentes del referido servicio. Asimismo, evitar el deterioro funcional del adulto mayor, que muchas veces terminan no concluyendo sus sesiones de terapia física.

El encuadre del conocimiento de las enfermedades frecuentes del adulto mayor de un servicio de medicina física es pieza clave para instaurar, aumentar, fomentar la salud y mejorar la independencia y autonomía del adulto mayor usuario, con ello la calidad de atención basada en el conocimiento respecto a enfermedades frecuentes en un servicio de medicina física del adulto mayor.

La importancia del conocimiento del género en un servicio de medicina física, radica por fenómenos de discapacidad, ya que el género femenino generalmente manejará tendencias relacionadas a factores hormonales y longevidad. En el género masculino, evidenciaría índices con mayor afinidad de discapacidad en secuelas traumáticas y enfermedad del sistema nervioso.

La Autora.

Capítulo I

Planteamiento del Estudio

1.1. Planteamiento y Formulación del Problema

El estudio de investigación aborda las enfermedades en base a lo normado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que señala a la enfermedad, como la modificación o desorganización del estado orgánico y ordenado en alguna zona o varias partes del cuerpo, por causas sabidas, evidenciadas por presencia de sintomatología y señales típicas, en el cual el desarrollo es probable (3). Con la edad aumenta el riesgo de tener diversas alteraciones en la salud, siendo de vital importancia cuidarla en los adultos mayores.

La OMS menciona que los seres humanos comprendidos entre los sesenta a setenta y cuatro años, son considerados de edad adelantada, mientras tanto los seres humanos comprendidos entre los setenta y cinco a los noventa años, son consideradas viejas o ancianas, finalmente aquellas que poseen una edad ascendente como los sesenta años, serán denominadas persona de la tercera edad. Sin embargo, los hábitos poco saludables siguen siendo frecuentes entre los adultos mayores que asisten a los servicios de medicina física y rehabilitación por problemas propios de su edad y enfermedades frecuentes (4).

Se ha puesto en manifiesto que la existencia de registros de enfermedades frecuentes que aquejan al adulto mayor, en comparación entre centros de atención relacionados con enfermedades frecuentes que aquejan a cada servicios de medicina física y rehabilitación tanto pública o privada, es nula o escasa, pues no se cuenta con un antecedente, como lo pone en manifiesto la tesis de Cieza (5), que menciona la importancia del tamizaje en cuanto a síndromes geriátricos en los adultos mayores ya que deberán ser evaluados

para un mejoramiento continuo, y que las enfermedades crónicas tendrían una gran relevancia en cuanto a morbilidad y mortandad en este grupo etario.

La importancia del conocimiento de las enfermedades frecuentes repercute en la condición digna de asistencia de salud en los servicios de atención de medicina física y rehabilitación, Suclupe (6), señala en su estudio referente a calidad de atención y satisfacción del usuario en un servicio de medicina física en el ámbito administrativo, que la calidad de atención es de satisfacción baja y del ámbito asistencial es media. Concluye también, que los usuarios que acuden con mayor frecuencia son varones adultos mayores.

En la investigación de Tirado (7) se menciona que, la frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles le pertenece al sexo masculino y son frecuentes en adultos mayores.

En la tesis de Quinto (8) se informa que, existe barreras de acceso adecuadas para la atención del discapacitado en un servicio de rehabilitación física, barreras como mala política de gobiernos.

La tesis de Arias (9) hace conocer que, el nivel de percepción de la calidad de atención en el servicio de Medicina Física de la Clínica San Juan de Dios en la ciudad de Arequipa es de insatisfacción /leve a moderada.

En la investigación de Torres (10) se determinó que el nivel de satisfacción en la atención del usuario que asiste al centro de terapia física y rehabilitación fue aceptable, y el paciente se encuentra satisfecho. Asimismo, concluyó que los pacientes que acuden frecuentemente son adultos mayores y pertenecen al sexo femenino.

En la tesis de Villalobos (11) se especificó que las enfermedades crónicas no son límite ni inconveniente para que participen los adultos mayores en los talleres de habilidades artísticas y destreza física del Centro del Adulto Mayor.

Es menester de esta investigación, que el conocimiento de las enfermedades frecuentes en el adulto mayor, van en mérito de lo que le compete al fisioterapeuta. En la investigación de Zambrano (12) se concluye que, la autonomía profesional del fisioterapeuta está ligada en la toma de sus decisiones de su competencia, para fomentar especialidades de fisioterapia

en el ámbito de la gestión, docencia e investigación, y mejora en servicios e información.

La trascendencia que pretende esta investigación, es alcanzar estándares en donde la atención prioritaria en el adulto mayor sea adecuada en los servicios de medicina física, en la que las atenciones de poblaciones adultas mayor son cada vez más crecientes Zintchouk (13). Los adultos mayores plantean demandas cada vez mayores, por las enfermedades frecuentes que presentan en todos los sectores del sistema de salud. Se investiga el efecto de la atención geriátrica integral, realizada por un especialista en adultos mayores, derivados a una unidad de rehabilitación comunitaria para pacientes ambulatorios.

El conocimiento de las enfermedades frecuentes del adulto mayor en un servicio de medicina física, basada en la evidencia, como lo sería con un registro de ello, es merecedor de una investigación, como demuestra Conislla (14), quien concluye que, el cuestionario de conocimiento, actitudes y práctica en fisioterapia basada en la evidencia en fisioterapeutas del Perú es válido y es aplicable. Así como el registro de enfermedades frecuentes en un servicio de medicina física.

El objeto de la presente investigación son pacientes adultos mayores que asisten a servicios de medicina física. Se pretende utilizar dicha información para que en términos generales, pueda ser utilizado para aportar estrategias, así como en la tesis de Acosta (15), quien concluye que, la proposición panorámica en asistencia de enfermedades crónicas para un envejecimiento exitoso, sugiere la implementación de un programa que busca tener el registro y realizar el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, para que de esta manera se pueda lograr una adecuada intervención, seguimiento al paciente, un control adecuado. También sugiere la implementación de una guía clínica actualizada en enfermedades crónicas que ayudará en la progresión o aparición de complicaciones, además de disminuir los costos por gastos en salud.

En la investigación de Varela (16) se obtuvo como conclusión que, en un distrito de la Ciudad de Lima, según el trabajo de investigación realizado, la

población de adultos mayores, presentan problemas de dependencia funcional, quienes padecen de enfermedades crónicas como hipertensión arterial y enfermedades reumatológicas, además de una elevada repetición de síntomas característicos y dificultades de salud en geriatría.

Correa (17) determinó que existe disposición del adulto mayor por participar en un programa de ejercicios físicos en artrosis leve y que existe insuficiente organización en dicha institución.

En pacientes adulto-mayores atendidos en el “Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo” EsSalud - Arequipa, existe gran afluencia de pacientes adultos mayores que asisten al servicio de medicina física por diversas enfermedades, los cuales merecen especial atención por su edad avanzada y gran vulnerabilidad, más aún, acuden al servicio de medicina física cuando presentan diversas dolencias y reingresos en sus atenciones de terapia física, factor muy preocupante en nuestra actualidad.

El conocimiento de las enfermedades frecuentes en el adulto mayor, nos servirá para la creación, implementación, actualización y expansión de registros o guías de manejo, que contengan las enfermedades frecuentes que conllevan al paciente a ser atendido en los requerimientos de su enfermedad, conocimiento que logrará el manejo adecuado que beneficiará al adulto mayor en el desarrollo inadecuado y empeoramiento de su salud, además de la prevención en discapacidad, dar calidad de vida y autonomía en sus actividades, evitando así, reingresos por la misma enfermedad, además, se pretende captar la atención para la realización de más trabajos de investigaciones en lo referente a enfermedades frecuentes de un servicio de medicina física, Por lo que el investigador planteó los siguientes problemas: general y específicos.

1.1.1. Problema General.

¿Cuáles son las enfermedades frecuentes en el adulto mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguí Escobedo” EsSalud - Arequipa 2019?

1.1.2. Problemas Específicos.

- 1 ¿Cuáles son las enfermedades frecuentes del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo del adulto mayor en el servicio de medicina física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguín Escobedo” EsSalud Arequipa-2019?
- 2 ¿Cuáles son las enfermedades del sistema articular del adulto mayor en el servicio de medicina física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguín Escobedo” EsSalud Arequipa - 2019?
- 3 ¿Cuáles son las enfermedades frecuentes del sistema nervioso del adulto mayor en el servicio de medicina física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguín Escobedo” EsSalud Arequipa - 2019?
- 4 ¿Cuáles son las enfermedades frecuentes del sistema circulatorio del adulto mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguín Escobedo” EsSalud Arequipa - 2019?
- 5 ¿Cuáles son los casos frecuentes de las secuelas de traumatismo de miembro inferior del adulto mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguín Escobedo” EsSalud Arequipa - 2019?
- 6 ¿Cuáles son los casos frecuentes de los factores que influyen en los servicios de salud y contacto con los servicios de salud del Adulto Mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguín Escobedo” EsSalud Arequipa - 2019?
- 7 ¿Cuáles son las características demográficas de las enfermedades frecuentes del adulto mayor en el servicio de medicina física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguín Escobedo” EsSalud Arequipa - 2019?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General.

Conocer las enfermedades frecuentes del adulto mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguín Escobedo” EsSalud - Arequipa 2019.

1.2.2. Objetivos específicos.

- 1 Determinar las enfermedades frecuentes del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, del adulto mayor en el Servicio de Medicina física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguín Escobedo” EsSalud - Arequipa 2019.
- 2 Identificar las enfermedades frecuentes del sistema articular del adulto mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguín Escobedo” EsSalud Arequipa, 2019.
- 3 Establecer las enfermedades frecuentes del sistema nervioso del adulto mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguín Escobedo” EsSalud Arequipa, 2019.
- 4 Precisar las enfermedades frecuentes del sistema circulatorio del adulto mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguín Escobedo” EsSalud Arequipa, 2019.
- 5 Especificar los casos frecuentes de las secuelas de traumatismo de miembro inferior del adulto mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguín Escobedo” EsSalud Arequipa - 2019
- 6 Describir los casos frecuentes de los factores que influyen en los servicios de salud y contacto con los servicios de salud, de las enfermedades frecuentes del adulto mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguín Escobedo” EsSalud- Arequipa, 2019.
- 7 Distinguir las características demográficas de las enfermedades frecuentes del adulto mayor en el Servicio de Medicina Física,

1.3. Justificación e importancia

El presente estudio se realizó por las continuas acumulaciones de problemas de salud y de atención en la población del adulto mayor en el Perú, siendo una población de gran afluencia en los servicios de medicina física de los hospitales y centros de atención a nivel público y privado en nuestro país y a nivel mundial.

De la misma manera, nos abre la posibilidad de crear nuevas necesidades en referente a la creación de registros de enfermedades frecuentes, talleres preventivos e informativos acerca de las tres patologías más frecuentes; por ejemplo, además de sugerir un sistema político donde la capacitación profesional de enfermedades frecuentes del adulto mayor, sea de atención prioritaria, así mismo, poner mayor interés en la logística adecuada para atender enfermedades frecuentes en los servicios de rehabilitación física. La investigación que también promoverá más estudios de investigación en mejora del sistema en salud, referente a los adultos mayores.

Se pretende alcanzar relevancia social, poniendo énfasis en una atención adecuada, dirigida a la prevención de enfermedades frecuentes del adulto mayor en los servicios de medicina física, asimismo, lograr el beneficio de los usuarios en salvaguarda de su salud y satisfacción plena de vida, evitando costos sociales por desatención de necesidades, originadas por el desconocimiento de dichas enfermedades frecuentes, en los diferentes servicios de medicina física.

El valor teórico de esta investigación es pertinente, porque se llena el vacío de desconocimiento de las enfermedades frecuentes del adulto mayor en el departamento de medicina física, considerando la gran vulnerabilidad del adulto mayor, por su salud, por aspectos sociales y de derechos humanos; el presente trabajo debe servir como base de conocimiento para que otros profesionales de la salud, del área de medicina física y afines, realicen más trabajos de investigación y capacitación continua profesional, ya que se requiere de especialistas y recursos de implementación para un adecuado

tratamiento y control, que en la actualidad no podemos ver en nuestras poblaciones, porque desconocemos cuales son las enfermedades frecuentes del mencionado servicio.

1.4. Hipótesis y descripción de variables

Este estudio de investigación es de nivel descriptivo, no se presenta hipótesis.
(18).

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Antecedentes del problema

2.1.1. Antecedentes Nacionales.

Rivera (19) desarrolló la investigación titulada “Frecuencia y caracterización de la demanda asistencial del servicio de medicina física y rehabilitación de un hospital”, cuyo objetivo fue establecer la frecuencia y caracterización de la demanda asistencial del servicio de medicina física y rehabilitación de un hospital. El estudio fue cuantitativo, retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo simple, la población estuvo compuesta de 8 000 atenciones, que fue un total de casos. Para este estudio se empleó como instrumento, la ficha de registro de caracterización de demanda. Los resultados fueron establecidos según la recolección de datos. Finalmente concluye que la mayor proporción de morbilidad corresponde a trastornos del disco lumbar seguido de hemiplejía espástica, retardo del desarrollo, hemiplejía flácida y lumbalgia con ciática.

La investigación mencionada da a conocer la proporción de morbilidad en atenciones del mencionado servicio, la cual nos brinda información acerca de las patologías más resaltantes que aquejan a la población del adulto mayor, trastorno del disco lumbar, que en el presente trabajo investigativo viene a ser el segundo, en orden de enfermedades frecuentes.

Acosta et al. (15) en el año 2019, desarrollaron la investigación titulada “Evaluación económica y social de propuesta integral de atenciones de

enfermedades crónicas para un envejecimiento exitoso en pacientes adultos del Perú”. En su objetivo evaluó el costo beneficio y efecto en la sociedad de proponer e implementar estrategias integrales de patologías crónicas en personas diabéticas mayores de 45 años en el territorio peruano. Concluyen en que, el proceso de abordaje integral para patologías crónicas, a través de la implementación de programas de gestión integral planteada, tienen amplios beneficios sociales, pudiendo ser aplicados a otras enfermedades crónicas.

La investigación mencionada, permitirá poner énfasis en las atenciones de las enfermedades crónicas de adultos mayores en nuestra nación, en la población rezagada por muchos años hasta la actualidad, teniendo en cuenta que el presente trabajo investigativo aporta al conocimiento de las enfermedades frecuentes del adulto mayor en el servicio de medicina física del Hospital Nacional “Carlos Alberto Segúin Escobedo” EsSalud-Arequipa-2019, para prevenir las enfermedades, mejorar el servicio de salud y lograr la satisfacción de atención de salud. Es necesario la atención de los gobiernos o llamados a dar soluciones urgentes de una población olvidada que necesita mantenerse activa en nuestra sociedad.

2.1.2. Antecedentes Internacionales.

Barahona (20) en el año 2015, desarrolló la investigación titulada “Prevalencia de patologías músculo esqueléticas en la ciudad de Ambato”. La metodología fue de carácter descriptivo, observacional, con recolección de datos y diseño tipo documental. En su objetivo estableció prevaler las patologías músculo esqueléticas no transferibles en el adulto mayor en unidades públicas y privadas. La metodología fue descriptiva y de enfoque cuantitativo y cualitativo, observacional, con recolección de datos. Concluyó en que, las patologías músculo esqueléticas en las unidades de salud públicas de las instituciones de salud, relacionadas con la columna vertebral fueron las más frecuentes.

La investigación nos manifiesta la concurrencia de pacientes atendidos con patología músculo esqueléticas y establece que, la más prevalente es la lumbalgia no especificada, cuyos resultados permite conocer y complementar

la presente investigación de enfermedades frecuentes en el adulto mayor del Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguí Escobedo” Arequipa – 2019.

Tirado (7) en el año 2015, desarrolló la investigación titulada “Frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor de los centros geriátricos de Cuenca”. En su estudio determinó la continuidad de enfermedades crónicas no transferibles en el adulto mayor, con la aplicación de metodología de una investigación descriptiva, con recolección de datos. Los resultados en las frecuencias fueron: diabetes tipo II 17 %, hipertensión arterial 53,5 %, dislipidemia 64,8 %, sobrepeso 35,2 %, y obesidad 19 %.

El trabajo investigativo de Tirado concuerda con la importancia de la presente investigación. Puesto que las enfermedades crónicas no transferibles en el adulto mayor, al ser enfermedades de larga evolución, como la diabetes, al variar el metabolismo, encontramos muchas complicaciones con factores de riesgo como la edad del paciente, sobrepeso, sexo, entre otros.

De la misma manera, se hace mención la importancia de la concientización con relación a obesidad, ya que los pacientes que tienen lesiones en la médula espinal, muchos no pueden moverse, perdiendo masa muscular rápidamente y ganando grasa. Pacientes que harán obesidad y al establecerse daño en el complejo articular, generarán daño y secuelas, y claro, sin hacer mención a las secuelas por amputación, desencadenadas en los pacientes con diabetes en mal funcionamiento del aparato circulatorio, casos frecuentes que se atienden en el servicio de medicina física, que también son significativamente importantes en su conocimiento en las atenciones dadas en el adulto mayor de la presente investigación.

Valdivieso (21) desarrolló la investigación titulada “Prevalencia de patologías músculo esqueléticas en una unidad de atención pública y privada del Cantón Baños”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de patologías músculo esqueléticas. Utilizó metodología descriptiva, observacional, transversal, con un instrumento que recolectó datos de acuerdo con el CIE 10, la población estuvo conformada por 3 229 pacientes. Concluye que, la prevalencia de 16,1 % son de patologías músculo esqueléticas y las enfermedades prevalentes

son: lumbago no especificado con 1,9 %, neuralgia y neuritis no especificada con 1,2 %, con predominio en mujeres y edad mayor de 65 años.

Si bien es cierto, el trabajo investigativo fue realizado en siete unidades de atención de salud del sector público. En las instituciones de salud del sector privado, los estudios fueron excluidos por no ser autorizados la recolección de datos, hecho que no fue impedimento para denotar la prevalencia de patologías que fueron atendidas en la población. Información importante que aporta conocimiento y coincidencia en las enfermedades frecuentes como el lumbago a nivel internacional y en el grupo etario de pacientes mayores de 65 años como hace referencia el trabajo de Valdivieso.

Lomeli (22), en la ciudad de México, desarrolló la investigación titulada “Perfil epidemiológico del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación de Medica Sur”. El objetivo fue conocer el perfil epidemiológico en pacientes que asisten al Servicio de Medicina de Rehabilitación de Medica Sur. La muestra estuvo compuesta de 1 155 expedientes, el estudio fue observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10, y el programa Excel versión 2010, para el procesamiento de datos. Concluyó que el perfil epidemiológico de los pacientes que acuden al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación de Medica Sur, estuvo compuesto por una media de 45 años en predominio del sexo femenino, los padecimientos por los cuales son atendidos en el servicio son de origen músculo esquelético, que es de 80 % de casos y la prevalencia de patologías son: lumbalgia, esguince cervical, esguince de tobillo. En pacientes con más de 60 años los casos más frecuentes son del tipo enfermedades crónico-degenerativas del aparato locomotor.

Los padecimientos más frecuentes en este estudio son del tipo de enfermedades crónico degenerativo en el adulto mayor hasta 93 años de edad. En concordancia con nuestro estudio y otros trabajos investigativos, lograrán encaminar con sus aportes, al conocimiento de enfermedades frecuentes e implementar políticas de salud adecuadas. En los profesionales de salud ayudará a tomar decisiones de tratamientos adecuados y encaminadas a la adherencia del adulto mayor en su tratamiento, lo cual contribuirá a paliar en los procesos de discapacidad en poblaciones mayores.

Zagal (23) en el año 2017 desarrolló la investigación titulada “Prevalencia de las patologías músculo esqueléticas en las Unidades Públicas y Privadas del Cantón Saquisilí”: Su objetivo fue establecer la prevalencia de patologías músculo esqueléticas. Desarrolló una metodología en base a datos. Como instrumento empleó la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE- 10, sobre enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo. El estudio concluye en que, 1 793 pacientes con diagnóstico CIE-10, sistema osteomuscular y tejido conectivo, el 54,75 % (800) le corresponden al sexo femenino y dentro de los registros de las enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo del CIE-10, 334 registros (10,26 %) corresponde al diagnóstico de lumbalgia con ciática, y 201 (6,17 %) registros corresponden a lumbalgia no especificada. Los diagnósticos más frecuentes representan el 16,44 % de todos los diagnósticos.

Se ha visto que este trabajo, incluyó a poblaciones de varias unidades de atención, y que, en el Cantón de Pujilí, la tasa de morbilidad en pacientes mayores de 65 años es de 2 871 casos por cada 1 000 000 habitantes. Se evidencia el envejecimiento poblacional que afecta nuestros países, que con gran predominio en las enfermedades crónicas del adulto mayor.

Las enfermedades se ven agravadas por la nula cultura de prevención y tratamiento ineficaz, por falta de un registro de enfermedades frecuentes de servicios de medicina física y rehabilitación. Puesto que la inadecuada atención en todo el orden de jerarquías y encargaturas de un sistema político que deja vacíos extremos en estos tiempos, se plantea la mejora, reconocimiento y valoración de la población más vulnerable que son los adultos mayores en nuestras naciones. Siendo la salud pública un derecho universal.

Se entiende que el conocimiento de estas enfermedades frecuentes en el adulto mayor, son la base de actuación, para no tener una preocupante proyección, puesto que es una población creciente en la actualidad y en los años venideros nosotros mismos seremos parte de esta población susceptible.

A. Antecedentes de Enfermedades del Sistema Muscular Osteomuscular y Tejido Conjuntivo.

Santos et al. (24) concluyen que, el reporte de dolor crónico de la columna vertebral es más frecuente en el género femenino, es más frecuente después de los 60 años, existe relación entre dolor y características sociodemográficas.

Martínez (25) señala que se evidenció afectación radicular en adultos mayores con electromiografía en un 100 % de la muestra, mostrando cambios en el potencial de acción de una unidad motora, en pacientes diagnosticados con afectación radicular por una hernia discal.

Coyle (26) refiere que la enfermedad que resulta de más notoriedad en los adultos mayores, son presencia de lumbalgia asociado con dolor crónico más radiculopatía, y que pueden tener una deficiencia energética entre los adultos mayores. Concluye, que estos pueden beneficiarse de intervenciones de rehabilitación específicas reduciendo así el riesgo de disminución de la movilidad.

Flores (27) señala que existe una relación entre discapacidad y la edad del adulto mayor con lumbalgia en pacientes que asisten al servicio de rehabilitación del Hospital III de Juliaca-Perú.

En la tesis de Solano (28) concluyen que, en una población de 652, unos 523 pacientes, presentaron hernia del disco lumbar, la edad de afectación fue de 50 a 59 años, el género masculino fue el más frecuente en un 53 %, el tipo de hernia fue la protrusión del disco en un 96,7 %, la población mayor de 80 años tuvo protrusión del disco en un 100 %.

En la tesis de Arce (29) se menciona que abunda la discapacidad secundaria por enfermedad lumbar en varones con frente a las damas, en una diferencia de tres a uno, y que en lumbalgias, la causa degenerativa es la más frecuente.

En la tesis de Balarezo (30) se determinó que, de un estudio de prevalencia de patologías músculo esqueléticas (24 098 casos), existen más casos en lumbago no especificado, seguido de lumbago con ciatalgia, mialgia, dorsalgias y neuralgias, seguidas de cervicalgias, esguinces, luxaciones, fracturas y artralgias. En orden descendente por aparición.

Bendezú (31) plantea que la lumbalgia es considerada como manifestación común y muy importante su conocimiento para la salubridad pública, puesto que se calcula que un 80 % de la población sería víctima de esta disfunción en cualquier etapa de su ciclo de vida, y en los adultos mayores, el dolor causado por lumbalgia crónica llega a extremos causando muchos casos invalidez.

Macías (32) establece que las lesiones músculo esqueléticas se presentan en la columna vertebral, con mayor incidencia en lumbago con ciática, seguido de lumbago no especificado y cervicalgias.

Quispe (33) determinó que el 59,4 % de pacientes que acudieron al servicio de resonancia magnética, presentaron hernia del núcleo pulposo en la columna lumbar, fueron adultos mayores de 65 años del género masculino con sobrepeso, además, vio que la hernia que se presentó en mayor porcentaje, fue la de protrusión del disco y localización de este en lumbares L5-S1.

Nakasato et al. (34) concluyen que existe una alta prevalencia de casos de dolor cervical crónico en Perú, la población más afectada es en mayores de 40 años y del género femenino. También concluye que es la quinta parte de la población adulta que padece de dolor crónico en el Perú, según encuesta realizada que concordaría además con estudios mundiales.

Santa María et al. (35) especificaron que, si existe relación entre discapacidad y dolor cervical en un servicio de medicina física, existe prevalencia en adultos entre 30 a 59 años, el género más frecuente fue el femenino en un 55,8 %, el 55 % de la población tiene dolor crónico, discapacidad leve en un 41 %, discapacidad severa un 10,1 %, en intensidad al dolor, asevera que se da en un valor numérico 5 de 10.

Martínez (25) evidenció afectación radicular en adultos mayores con electromiografía en un 100 % de la muestra, mostrando cambios en el potencial de acción de una unidad motora, en pacientes diagnosticados con afectación radicular por una hernia discal.

Valles (36) concluye que la principal causa de intervención operatoria de laminectomía es la estenosis lumbar, de la cual existen casos en abundancia,

los pacientes que deciden por esta opción no están exentos a un nuevo reingreso a cirugía, las complicaciones por infección son complicaciones frecuentes y existe posibilidad de adherencias cicatrízales, mayor registro de laminectomía en adultos mayores y retardo en su recuperación.

B. Antecedentes del Sistema Articular y Trastornos de los Tejidos Blandos

Guillen (37) concluyó que existe una alta especificidad en un 98 % y alta sensibilidad en un 94,24 % para desgarrar del tendón supraespinoso sea parcial o total, determinó también que de 60 historias clínicas de pacientes con síndrome de hombro doloroso en el servicio de medicina física, 33 fueron del género femenino y 27 casos el género masculino quienes dieron positivo para este síndrome, la edad promedio fue de 56 años, predominando el lado derecho con 33 casos, resultando también patología degenerativa por disminución del espacio sub acromial.

Huamán (38) determinó que existe relación entre factores de riesgo y el síndrome del hombro doloroso, la etiología más frecuente del síndrome del dolor en el hombro fueron las causas degenerativas de la capsula articular, más que las causas inflamatorias, siendo la tendinitis del manguito de los rotadores y la artrosis gleno humeral los diagnósticos más recurrentes.

Pereira (39) estableció que en la epidemiología de las roturas parciales y totales del manguito de los rotadores, el 54 % de los casos estudiados se dio en pacientes mayores de 60 años, por los cambios degenerativos propios, pudiendo ser en ellos una afectación contralateral. Se observó también que en un 32 % de casos, se dio en pacientes menores de 40 años, y que en respuesta a una alteración escapulo humeral y una biomecánica alterada, sería el músculo supraespinoso el afectado por su importancia funcional.

Siguenza (40) determinó que existe tendencia ascendente en la prevalencia de pacientes con síndrome del manguito rotatorio con respecto a la edad, teniendo como factor de riesgo ser adulto mayor.

Navarrete (41) determinó que la prevalencia de síndrome del manguito rotatorio, afecta entre 5 al 40 % de la población en adultos mayores de 60 años, y que se presenta en pacientes de entre 55 a 64 años en un 32 %, y

siendo el 72 %, el género femenino con más prevalencia quienes llegan a presentar ruptura total del músculo supraespinoso, esta es una causa común de disfunciones de hombro, teniendo como factores de riesgo, los hábitos antecedentes y condiciones de trabajo deficientes.

Miranda (42), concluyó que el 45 % de pacientes militares que padecen de gonartrosis bilateral, son del género masculino, de 30 a 45 años, también manifiestan obesidad y sobrepeso como factores asociados a padecer de gonartrosis.

Quispe (43) determinó que los casos más frecuentes del servicio de medicina física en el Hospital Dos de Mayo, son de Gonartrosis, y que el motivo de asistencia a dicho servicio sería por dolor.

Amaningo (44) plantea que existe relación entre el índice de masa corporal y la artrosis, siendo un factor de riesgo el sobrepeso que condicionaría una gonartrosis.

Centeno (45) concluyó que un programa de ejercicios en pacientes diagnosticados con gonartrosis, permitirán la activación del sistema propioceptivo, logrando así independencia de movimientos.

Rodríguez (46) concluyó que existe prevalencia de artrosis sintomática en manos 38 % y rodillas 29 %, en pacientes de 65 años a más. Asimismo, existe alta prevalencia de aumento de peso y enfermedades como hipertensión arterial, Diabetes y tabaquismo.

Huaricallo (47) concluyó que la enfermedad degenerativa articular produce una reducción de la aptitud funcional de tipo leve en la artrosis, mientras que el 83.33 % de disminución en la capacidad leve fue para la artritis. También se determinó que existe una relación directa, entre patologías degenerativas articulares, con la disminución de la capacidad funcional y es más frecuente en el género femenino.

Sánchez (48) afirma que se presentaron casos de enfermedades que en mayor frecuencia fue de artrosis, y en el sistema músculo esquelético se presentó las lumbalgias, el género de prevalencia fue el femenino. En el sistema neurológico, fue la enfermedad de Parkinson atribuido al género masculino.

C. Antecedentes de las Enfermedades del Sistema Nervioso

Ortiz et al. (49), concluyó que los pacientes con ACV hemipléjico después del procedimiento fisioterápico, hospital de Lima, existe mayor prevalencia de pacientes con ACV tipo isquémico con respecto a pacientes con ACV tipo hemorrágico, (72 pacientes), también determinó que existe mayor prevalencia de pacientes de género femenino, 65,3 %, la edad prevalente en esta investigación es de 60 a 79 años de edad, (42,2 %), el 52,8 %, manifestaron afectación en mayor cuantía en hemicuerpo izquierdo.

Castillo (50), determinó que el ACV isquémico tiene una prevalencia de 77 % de los casos en edad de más de 65 años, género femenino, y teniendo como factores de riesgo la hipertensión arterial, diabetes y cardiopatías.

Barroyeta (51) concluyó que el método Perfetti integra conceptos perceptivos cognitivo y motor con enfoque fisioterapéutico, también menciona que los ACV son la tercera causa de muerte en países desarrollados, que la edad avanzada es otro factor predisponente en un 90 %, y se manifiesta generalmente en mayores de 50 años de edad. En Chile es la segunda causa de muerte de una prevalencia de 25 por cada 100 000 habitantes, en Cuba es la tercera causa de muerte en el país. En Europa 250 personas sufren de enfermedad cardiovascular por cada 100 000 habitantes. Del mismo modo, determinó que la hemiplejia flácida, es de instalación rápida, con hipotonía muscular y de peor pronóstico si llega a instaurarse, así mismo, manifiesta que la hemiplejia espástica es de instalación lenta, y deja ver, resistencia a movimientos pasivos.

Galeano (52) determinó que los factores asociados a la independencia funcional en pacientes con ACV, predomina en pacientes entre 50 – 64 años, del género masculino, con frecuencia en pacientes con hemiplejia espástica de tipo isquémico, seguido de hemiplejia flácida, con factores asociados como hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Serrano (53) estableció la efectividad del tratamiento fisioterápico en pacientes neurológicos con secuela de hemiplejia, señala que la fisiopatogenia de la hemiplejia, está relacionada con el accidente cerebro vascular y procesos fisiológicos, esta tiene dos eventos que desencadenarían

la hemiplejía que son: las ACV isquémicas y ACV hemorrágicos. La terapia física disminuye las secuelas y permite realizar sus labores cotidianas con calidad de vida.

Cóndor et al. (54) concluyen que de las características clínico-epidemiológicas de la enfermedad de Parkinson, son más frecuentes en el adulto mayor y en el género masculino, los síntomas de predilección son, temblor de reposo y bradicinesia como problemas motores.

Alvarado (55) estudió la prevalencia de Parkinson y denotó 221 casos por cada 100 000 habitantes en la ciudad de Extremadura-Mérida España, en Alemania 185 casos por cada 100 000 habitantes, en Italia una prevalencia de 173 casos por cada 100 000 habitantes y en Europa 180 – 207 casos por cada 100 000 habitantes, así mismo concluye, que el grupo de edad más prevalente fue en adultos mayores de 70 años y de género masculino.

Ramírez (56) estudió la parálisis de Bell, determinó que de 1 250 casos, 40 presentaban parálisis de Bell, y eran del género femenino; presentaron afectación de hemicara izquierda a diferencia del género masculino que se mostró en hemicara derecha, la edad de afectación entre 44 a 57 años, en menor frecuencia en pacientes de más de 71 años, el gran factor de riesgo más que otros, fue la presencia de triglicéridos.

La Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Manejo de la Parálisis Facial Periférica de Bell, Perú (57), menciona que en el Perú aproximadamente existen 40 000 casos de parálisis facial cada 100 000, en Estados Unidos, se presenta en ambos sexos, la edad de aparición aproximadamente es 40 años, la mayor frecuencia se presenta en adultos de más de 70 años, factores de riesgo para mayores de 65 años son, diabetes e infecciones del tracto respiratorio superior.

Leyes et al. (58) concluyeron que de 2 251 pacientes, 186 presentaron parálisis de Bell, de ellos el 63 % fueron mujeres y 37 % varones, la edad oscilaba entre 51 a 61 años, el género femenino fue más frecuente, de causa idiopática y el lado izquierdo la hemicara en la afectación.

Licetti (59) determinó que las características clínicas de 82 pacientes con lesión medular son: 83,3 % de sexo masculino y el 16,7 % femenino, la edad

de 18 a 65 años. La causa, el 44,1 % accidente de tránsito. El tono muscular: espasticidad 62 casos (75,6 %), flácido 20 (24,4 %), nivel de lesión: cervical 48 (57.1 %), dorsal: (27 (32.1 %), lumbar: 9 (10.7 %).

Padilla (60) concluyó que el tratamiento rehabilitador en pacientes con lesión medular, la prevalencia de edad fue mayor en pacientes con más de 50 años, de acuerdo al tono muscular se encontró: espasticidad en 27 pacientes, flácido en 20, tono normal en 3, de acuerdo al diagnóstico funcional: paraparesia en 30, paraplejia en 56, cuadriparesia en 8, cuadriplejia en 6 pacientes, también concluye que el pronóstico depende del tipo de lesión y nivel del mismo, ya que a nivel más bajo tendrá mejor pronóstico.

Torres et al. (61) determinaron que existen cambios importantes en las causas de lesión medular, la prevalencia en 275 afectados, se tuvo 184 casos de género masculino y 91 del género femenino, con origen no traumático fueron 58 % de casos, los pacientes que manifestaron canal dorsal o cervical estrecho, según sea el caso. También estableció que las lesiones con causas traumáticas fueron un 42 %, con lesión completa, 80 pacientes, con lesión incompleta 195 casos. Concluyeron también que hay aumento de las enfermedades degenerativas y neurológicas y existe una disminución de origen traumático, Mencionaron también que las lesiones medulares son las deficiencias más importantes en discapacidad.

Sedano et al. (62) determinaron que, de 1 000 pacientes afásicos del departamento de rehabilitación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen EsSalud, presentaron deterioro severo en afasias 220 pacientes de género masculino entre 50 a 79 años, con una etiología frecuente de accidente cerebro vascular.

Eihendi et al. (63) concluyeron que existe prevalencia de pacientes con disfonía en profesionales con uso excesivo de voz, trastornos depresivos, reflujo esofágico, procesos alérgicos, mal uso vocal.

Padilla (64) determinó que existe prevalencia de disfonía en pacientes post cirugía de tiroidectomía, factores de riesgo, el sexo masculino, sobrepeso y obesidad, además del peso de la glándula y tiempo quirúrgico, también concluye que la prevalencia de disfonía es en un 34 %.

Vergara (65) determinó que, de un estudio de prevalencia de alteraciones del lenguaje en 40 pacientes, el 51,21 % le corresponde al género masculino que fluctúan entre 71 y 80 años, siendo los accidentes cerebro vasculares como causa más frecuente para trastornos del lenguaje. Siendo el año 2017 con más frecuencia en pacientes con alteraciones del lenguaje en un 41,41 %, del total general.

González (66) estableció que se presentó afasia como secuela de accidente cerebro vascular en un 19,7 %, el de tipo isquémico fue más frecuente, la probabilidad de presentar trastornos del lenguaje es mayor después de sufrir accidente cerebro vascular, la edad de casos frecuentes es de 75 a 85 años, como factores de riesgo tenemos Hipertensión Arterial, y que la afasia empeora el pronóstico de vida del paciente.

D. Antecedentes de las Enfermedades del Sistema Circulatorio

Miguel (67) determinó que la incidencia de linfedema de la biopsia selectiva del ganglio centinela fue de 13,8 % y de 43,6 % en aquellas sometidas a linfadenectomía; de 158 pacientes, 78 fueron sometidas a BSGC, (biopsia selectiva del ganglio centinela) y 80 a linfadenectomía, existe más riesgo de linfedectomía en macrometastasis y estadiaje III, 50 % de incidencia, concluye también que la administración de quimioterapia y radioterapia son factores de riesgo para la incidencia de linfadenectomía en el cáncer de mama precoz.

Román (68) determinó que el 66 % de los pacientes encuestados tienen un nivel bajo de conocimiento sobre los tratamientos en linfedema, establece que un 43 % tiene niveles bajos en desconocimiento de los departamentos de especialidad quirúrgica y radioterapia para linfedema, el 73 % desconoce de medidas preventivas de educación y detección precoz en linfedema, el 73 % desconoce sobre eficacia de tratamiento, y concluye que se requiere la implementación de programas de linfedectomía.

E. Antecedentes de Traumatismos que Afectan Múltiples Regiones del Cuerpo

Handoll (69) determinó que la fractura del hueso del radio en su forma más distal es un problema común, particularmente en adultos mayores con descalcificación en sus huesos. Existe variedad de tratamientos, y concluye

que las numerosas técnicas y procedimientos utilizados en rehabilitación física, son muy beneficiosas y efectivas.

Grijalva (70) concluyó en su investigación que, las fracturas intertrocanteréas son frecuentes en el género femenino, en mayores a 71 años. Estos pacientes presentaron tres comorbilidades importantes: hipertensión arterial, diabetes mellitus y cardiopatías. El material de osteosíntesis utilizado en los pacientes con fractura intertrocanterea fue clavo cefalomedular en 71.43 % casos.

Carrero (71) determinó que el 80 % de pacientes atendidos con fractura intertrocanterea, fueron en el género femenino en la edad de 75 años a más, el 80 % presentaron comorbilidad de enfermedades hipertensión arterial en un 75.5 %, lado derecho por trauma de caída, el 90 % fue tratamiento quirúrgico, el tipo de fijación fue endomedular, evolución satisfactoria, 22 % bueno, 48 % excelente, tasa de complicaciones 23.6 %, fallecimiento del paciente 13.11 %, sepsis quirúrgica 6 %.

F. Antecedentes de Factores que Influyen en el Estado de Salud y Contacto con los Servicios de Salud (CIE-10).

(Rehabilitación cardiaca, ausencia adquirida de mamas y presencia de implante ortopédico funcional).

Orozco (72) determinó que de los 53 pacientes que se les realizó artroplastia total de cadera, están comprendidas entre 60 a 69 años y de sexo femenino, la indicación fundamenta para realizar la artroplastia fue el dolor referido por enfermedad degenerativa de artrosis, demostraron mejora del dolor post cirugía, no hubo pérdida de movilidad articular pre ni post cirugía.

Trejos (73) determinó en su investigación que, de 52 pacientes en edad de 59 a 74 años, se logró mantener la capacidad funcional y respuesta hemodinámica y efecto de mantenimiento en los componentes de aptitud física a un año del egreso del Programa de Rehabilitación Cardiaca, menciona también que los pacientes lograron mantener la capacidad funcional y la respiración hemodinámica.

Céspedes, et al. (74) concluyen que el programa de rehabilitación cardiaca fase II con incremento en la fracción de eyección, dio un efecto positivo en pacientes de 71 años del género masculino, en el grupo de militares jubilados

a diferencia de amas de casa y militares en actividad, efecto positivo también en el índice de masa corporal, en el índice cintura cadera, pulso radial, presión arterial, y saturación de oxígeno.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Enfermedades del Sistema Osteomuscular y Tejido Conjuntivo.

La columna vertebral es un complejo erecto de unidades funcionales superpuestas por un centro de gravedad, estos producirán dolor y discapacidad y tendrán diversas causas, siendo el dolor factor en común, su diagnóstico requiere conocimiento de la anatomía funcional normal y de los lugares de disfunción, con un examen significativo para determinar anormalidad, solo entonces se podrá obtener un diagnóstico específico y aplicar el tratamiento correcto. Ya que el dolor y discapacidad serán resultado de una lesión, inflamación, enfermedad e infección de los elementos de la unidad funcional. Entre ellos se tiene: dorsalgias, lumbalgias, radiculopatías. Trastornos del disco lumbar y cervical, cervicalgias, estenosis espinal, síndrome poslaminectomía, espondilolistesis, discopatías, escoliosis etc. (75).

2.2.2. Enfermedades del Sistema Articular.

La artrosis es un trastorno en el cual la proliferación ósea en los márgenes articulares y el hueso subcondral será consecuencia del deterioro del cartílago articular, formando fisuras en la superficie articular de revestimiento. La artrosis primaria actúa sobre un factor genético, patrón herencia dominante, que se manifiesta en el género femenino después del inicio de la menopausia, afectando las interfalanges distales y articulación carpometacarpiana del primer dedo de la mano. La artrosis secundaria será más bien atribuida a traumatismos o inflamaciones previas. La artrosis de cadera es un problema tardío que se manifiesta por dolor en la ingle, nalga y cara externa del muslo, por acortamiento del lado afectado congénito, el desplazamiento de la epífisis de la cabeza del fémur y la artrosis, son factores predisponente comunes además de la artritis inflamatoria o traumatismos previos. La artrosis de la rodilla generalmente es el resultado del daño secundario a la lesión meniscal y a otros traumatismos, la degeneración rotulo femoral. (condromalacia de la rótula) afecta a personas jóvenes (algunos ejemplos: poli artrosis, síndrome

del manguito rotatorio, gonartrosis primaria bilateral, gonartrosis no especificada, lesión del hombro no especificada y coxartrosis) (75).

2.2.3. Enfermedades del Sistema Nervioso.

Son las caracterizadas por una evolución progresiva y una incidencia elevada en los grupos de edad avanzada, el fisiatra es quien generalmente es responsable del manejo adecuado de estos pacientes con enfermedades degenerativas, intentando restablecer, mejorar o mantener la capacidad funcional de estos pacientes generalmente mayores a 65 años, convirtiéndose en un problema de salud pública. Hemiplejía espástica, hemiplejía flácida, parálisis de Bell, enfermedad de Parkinson, paraplejía flácida etc. (75).

Trastornos del habla y lenguaje. Son las deficiencias en la comunicación que puede afectar cualquier aspecto del proceso de la audición y del lenguaje o del habla. La afasia se define como al deterioro en la capacidad de interpretar y formular los símbolos del lenguaje que se produce por una lesión cerebral que afectan la comprensión del material verbal de lectura hablado y escrito, siendo la causa más común el accidente cerebro vascular izquierdo. Otras causas comunes son malformaciones arteriovenosas, tumores y lesiones traumáticas en la cabeza. Entre ellas, disfasia, afasia y disfonía (75).

2.2.4. Enfermedades del Sistema Circulatorio.

Rehabilitación de los pacientes con linfedema

Linfedema es la tumefacción de los tejidos blandos debido a la acumulación de linfa, líquido transportado en los vasos que acompañan las arterias y venas. El sistema linfático recupera las proteínas plasmáticas filtradas a través de las paredes de los capilares sanguíneos y las transmite nuevamente a la circulación venosa por medio de los ganglios linfáticos regionales y el conducto torácico. Con la ayuda de los músculos esqueléticos, el líquido se puede transportar rápidamente desde los pies hasta el tórax en algunos segundos. Como medidas fisiátricas en un programa de manejo de linfedema se considera cinco pasos; (1) explicación al paciente para asegurar su cooperación, (2) antibioticoterapia, (3) énfasis en cuidado de mano y brazos y pie, (4) provisión o uso de manga y (5) uso de la extremidad, elevación (75).

2.2.5. Secuelas de Traumatismos de Miembro Inferior.

Existe un peligro acorde a la consolidación ósea, debido a factores que pueden influir en la consolidación del hueso, como la pseudoartrosis, retraso de la consolidación viciosa, morbilidad prolongada, y aporte vascular de los cuales se tiene; factores sistémicos como edad, estado nutricional, factores hormonales, enfermedades existentes, factores locales; denervación, infección, tumores, factores dependientes de la lesión como tipo de fracturas, factores que dependen del tratamiento quirúrgico y factores asociados a complicaciones; infecciones, alergias, etc. (76).

Los problemas que pueden suceder posterior a las fracturas, suelen ser debido a problemas en el mismo hueso, unión retardada, falta de consolidación en los tejidos blandos, como laceraciones de nervios, desgarros de ligamentos, lesiones tendinosas y musculares, además de edema. La fisioterapia podría prevenir complicaciones graves, si es correctamente reconocido el trastorno mucho antes de que se establezcan cambios irreversibles (75).

En los pacientes amputados, las implicaciones sensitivas a nivel de la amputación se verán afectadas en la piel, articulaciones, tendones y músculos, debido a que, si no se vuelven a fijar sobre el extremo óseo con una cierta normalidad en longitud y tensión, la información que enviará el sistema nervioso será inducida a error, influenciando así a un inadecuado control motor. Así tenemos complicaciones como; cicatrización inadecuada, adherencias de la piel, vendaje rígido total con una prótesis fijada inmediatamente en personas adultas mayores, que pudiera producir daño isquémico, contracturas, edemas, niveles de amputación proximal, enfermedad vascular sistémica que complica la rehabilitación (75).

2.2.6. Casos frecuentes de los factores que Influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, según la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE 10.

1. Rehabilitación Cardíaca. La rehabilitación cardíaca puede aumentar la calidad de vida, cuando los factores de riesgo están controlados. La rehabilitación cardíaca se ha dividido en fases: Fase I, cuando el paciente

está internado, la fase II, cuando el paciente pasó las 12 primeras semanas después del alta del hospital, y la III fase, desde las 12 semanas, hasta un año del alta. El trabajo físico exige que el oxígeno llegue a la sangre en los pulmones, transportado hacia todo los tejidos ya que el corazón es fuente de energía para el transporte de oxígeno, la presión sistólica, multiplicada por la frecuencia cardiaca (producto presión frecuencia), cuando los pacientes realizan actividades de la vida diaria existirá captación miocárdica de oxígeno y cuando existe desequilibrio entre las presiones miocárdicas y la estreches de valvulas y grandes vasos, estaremos ante ineficacia cardiaca (75).

2. Ausencia adquirida de mamas. La mastectomía radical comprende las exéresis de los músculos pectorales, ganglios y vasos linfáticos en la porción anterior de la axila, estos procedimientos no deja canales suficientes de drenaje adecuado del miembro superior, y son frágiles de llenado de canales radial, medial cubital y como consecuencia linfedema progresivo, por esto la importancia de que el cirujano debe conservar los troncos linfáticos para evitar linfedema post operatoria de la extremidad superior (75).
3. Presencia de implante ortopédico articular. Los propósitos de reemplazo articular total son aliviar el dolor, corregir las deformidades, restablecer la función y prevenir los efectos secundarios dolorosos sobre las articulaciones adyacentes, la combinación de polietileno de alta densidad y aleaciones metales elásticas, descritas en las prótesis de cadera han permitido el reemplazo en toda la articulación principales, tanto inferiores como superiores. Las indicaciones se darán en pacientes afectados por artropatías degenerativas y post traumáticas. Las contraindicaciones se darán en pacientes con artritis séptica reciente, parálisis alrededor de la articulación y artropatía neuropática. Los objetivos son generalmente alivio del dolor, el nuevo desarrollo de funciones músculo esqueléticas cómodas y el desarrollo de hábitos de vida que eviten la tensión excesiva sobre el reemplazo articular. (presencia de implante ortopédico). (75).

Definición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) Décima revisión.

Es un sistema de categorías con criterios establecidos, cuyo propósito es permitir un registro sistematizado, analítico e interpretado, comparado con la data recolectada de mortalidad y morbilidad de países o áreas en diferentes épocas. La utilidad es la conversión de la terminología de diagnósticos de palabras a códigos numéricos que faciliten su sencillo almacenamiento y recuperación para analizar la información epidemiológica general y de administración de salud. La CIE-10 es adecuada para clasificar enfermedades con un sistema de clasificación de variables. Es la estructura más útil probada, usa un código alfanumérico, con una letra C.I.E. utiliza un código alfanumérico, con una letra en la 1° posición y números en la 2°,3°, y 4° posición; el cuarto carácter sigue a un punto decimal, los códigos posibles van por lo tanto de A00.0 a Z99. (77).

Conceptos de clasificación de algunas variables, según CIE 10:

- **Secuelas de traumatismos, de envenenamientos y de algunas otras consecuencias de causas externas (T90–T98), Secuelas de Traumatismos Miembro Inferior. (T93)**

T90–T98: “Secuelas de traumatismos, de envenenamientos y de otras consecuencias de causas externas Este capítulo utiliza la sección S para codificar distintos tipos de traumatismos relacionados con regiones del cuerpo únicas, y la sección T para cubrir traumatismos de regiones del cuerpo múltiples o no especificadas, así como envenenamientos y otras consecuencias de causas externas” (77).

- **Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los Servicios de Salud: Z00-Z99.**

Las categorías Z00-Z99, se suplen (a) cuando una persona que puede o no estar enferma en ese momento, entra en contacto con los servicios de salud para algún propósito específico, tal como recibir una atención o servicios limitados por una condición presente, donar un órgano o tejido, recibir una vacuna o discutir un problema que no es por sí mismo una enfermedad o lesión (b) cuando existe alguna circunstancia o problema que influye en el

estado de salud de una persona, pero no es en sí misma una enfermedad o lesión actual. Estos factores pueden descubrirse en encuestas en la población, cuando la persona puede o no estar enferma, o registrarse como un factor adicional a ser tomado en cuenta cuando la persona reciba atención por alguna enfermedad o lesión (77).

Para la presente investigación se clasificó de la siguiente manera las enfermedades más frecuentes del adulto mayor en el servicio de medicina física “Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo” ESALUD-Arequipa 2019. Usando como base teórica la clasificación CIE-10 (decima revisión).

Tabla 1. Clasificación según CIE 10

Nro.	Cie -10	Diagnostico
	M00-m99	Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo
1	m40-m54	Dorsopatías
2	M43.1	Espondilopatías
3	M48.o	Estenosis espinal
4	M54.1	Radiculopatía
5	M54.4	Lumbago con ciática
6	M54.5	Lumbago no especificado
	M54.9	Dorsalgia no especificada
7	M50	Trastorno del disco cervical
8	M.50.1	Trastorno del disco cervical con radiculopatía
	M54.2	Cervicalgia
9	M.51	Otros trastornos de los discos intervertebrales
	M.51.1	Trastornos del disco lumbar y otros con radiculopatía
10	M.75	Lesión del hombro
11	M.75.1	Síndrome del manguito de los rotadores
	M.75.9	Lesión del hombro no especificado
12	M15-m19 m00-m25	Enfermedades del sistema articular (artrosis)
	M.15	Artropatías
	M15.9	Poliartrosis
		Poliartrosis no especificada
13	M.16	Coxartrosis
	M.16.0	Coxartrosis primaria bilateral
	M.17	Gonartrosis

Nro.	Cie -10	Diagnostico
14	M.17.0	Gonartrosis primaria bilateral
15	M.17.9	Gonartrosis no especificada
16	M.96	Trastornos osteomusculares consecutivos a procedimientos No clasificados en otra parte
	M.96.1	Síndrome post laminectomía No clasificado en otra parte
17	G00-g99	Enfermedades del sistema nervioso
	G20	Enfermedad de Parkinson
18	G51.0	Parálisis de Bell
19	G81.0	Hemiplejia flácida
20	G81.1	Hemiplejia espástica
21	G82.0	Paraplejia flácida
22	I00-i99	Enfermedades del sistema circulatorio
	I89.0	Linfedema no clasificada en otra parte
23	R00-r99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte
		Síntomas y signos que involucran el habla y la voz
24	R47.0	Disfasia y afasia
24	R49.0	Disfonía
25	T00-t99	Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo Secuelas de traumatismos, de envenenamientos y de otras consecuencias de causas externas
	T93.2	Secuelas de otras fracturas de miembro inferior
26	T93.6	Secuelas de aplastamiento y amputación traumática de miembro Inferior
27	Z00-z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud
	Z50.0	Rehabilitación cardiaca
28	Z90.1	Ausencia adquirida de mamas
29	Z96.6	Presencia de implantes funcionales

Fuente: CIE 10. Decima revisión.

Tabla 2. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo

1	Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo
1	Espondilopatías
2	Estenosis espinal
3	Radiculopatía
4	Lumbago con ciática
5	Lumbago no especificado
6	Dorsalgia no especificada
7	Trastorno del disco cervical con radiculopatía
8	Cervicalgia
9	Trastornos del disco lumbar y otros con radiculopatía
10	Síndrome del manguito de los rotadores
11	Lesión del hombro no especificado
12	Síndrome post laminectomía
2	Enfermedades del sistema articular
13	Poliartrosis
14	Coxartrosis primaria bilateral
15	Gonartrosis primaria bilateral
16	Gonartrosis no especificada
3	Enfermedades del sistema nervioso
17	Enfermedad de Parkinson
18	Parálisis de Bell
19	Hemiplejia flácida
20	Hemiplejia espástica
21	Paraplejia flácida
22	Disfasia y afasia
23	Disfonía
4	Enfermedades del sistema circulatorio
24	Linfedema no clasificada en otra parte
5	Secuelas de traumatismos de miembro inferior
25	Secuelas de otras fracturas de miembro inferior
26	Secuelas de aplastamiento y amputación traumática de miembro inferior
6	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con servicios de salud
27	Rehabilitación cardíaca
28	Ausencia adquirida de mamas
29	Presencia de implantes funcionales

El proceso evolutivo del ser humano, llegar a la vejez es irremediable y que la disminución de capacidades físicas y mentales tendrán un desfase conforme pasan los años, incluso en periodos de ausencia de patologías el cuerpo

terminará desgastándose por las modificaciones orgánicas propias de esta edad. Existe relación entre el ejercicio físico activo en el anciano y la pérdida moderada de masa muscular. Por motivos de pérdidas de colágeno se producirá una rigidez en ligamentos y tendones y se apreciará muchas modificaciones como el enlentecimiento motor, del nivel cognitivo y de reflejos (78).

La lumbalgia es una de las enfermedades frecuentes, el 90 % de las consultas son por esta patología, El rango etario es variado y está relacionado con la función, relacionado con la menopausia, ahí aumenta el porcentaje en mujeres y también se relaciona con las tareas mecánicas. Como factores de riesgo podemos enumerar el sedentarismo, el estado de ánimo y el tabaquismo. El 80 % se curan espontáneamente dentro de las 12 semanas. El 80 % son de causa indeterminada (79).

Otra de las enfermedades frecuentes que se pueden encontrar, son las neuropatías periféricas y se clasifican en base a la estructura afectada. La característica predominante de las neuropatías puede consistir en degeneración axonal o desmielinización a lo largo de algunos segmentos, y se mide la velocidad de conducción motora y sensitiva en los nervios periféricos. La velocidad de conducción se verá normal o ligeramente disminuida y la electromiografía dejará ver la denervación en los músculos afectados (80).

La artrosis es una enfermedad degenerativa muy frecuente, se establece en articulaciones diartrodiales, en las que se observa pérdida progresiva de la misma, reacción inflamatoria sinovial moderada a grave. Esta patología produce dolor, inflamación, deformidad articular e incapacidad de la funcionabilidad normal de una articulación o muchas de ellas (poli artrosis), acentuada en el hueso subcondral y la membrana sinovial, que acaba destruyendo la articulación (81).

Las enfermedades más frecuentes también son hernia discal, estenosis de conducto y espondilolistesis, cuya causa se origina en el raquis, que es una superposición de piezas óseas unidas por láminas fibrocartilaginosas, vértebra-disco-vértebra-disco. Se manifiesta una cascada degenerativa que

produce hernias discales, estrechez y listesis, siendo estas las más frecuentes (79).

En los adultos mayores hay una degeneración del disco, se rompen algunas fibras del anillo, empieza a perderse contenido de agua y ahí empieza la degeneración. Le sigue una degeneración facetaria, una sinovitis con una micro movilidad en las articulaciones, la sobrecarga de las facetas como respuesta. La faceta y el disco también intentan estabilizar esto hipertrofiando, agrandando, para tratar de estabilizar ese micro o macro movimiento en esta etapa, formando osteofitos al intento de estabilizar lo que terminará en una estrechez del conducto, o las espondilolistesis degenerativas que son estáticas y rígidas (79).

La Estenosis Espinal Lumbar se denomina así al estrechamiento del canal espinal lumbar, también al de forámenes comunicantes, que se verán estenosadas en el cuerpo vertebral, faceta articular, el disco intervertebral y el ligamento amarillo. El paciente presentará claudicación, entonces será cuando deba hacerse el diagnóstico, también presentará dolor, parestesias de ser el caso, dadas en el recorrido del dermatoma del nervio que está afectado, este dolor se verá al caminar, al estar de pie, y también puede disminuir si el paciente se pone de cuclillas o se sienta con una posición de feto, este proceso puede progresar en muchos meses y años. Se da a conocer mayormente en pacientes entre los 50 y 70 años de vida (82).

El Ministerio de Salud de Chile (83) refiere que las enfermedades frecuentes en la ancianidad que afectan en gran significancia son: la estabilización, vista, propiocepción, sistema atrial, cognitivo y de locomoción, deterioro en cartílagos articulares de la cadera como también rodilla, problemas cardiovasculares con una mala, presión arterial. Además, la enfermedad patología común es la degenerativa articular, neuropatía periférica, incontinencias, etc.

Según Cotran et al. (78) existen modificaciones producidas por el envejecimiento que afectan a la función de muchos órganos y sistemas. Alguno de estos (específicamente los sistemas inmunitario y neuroendocrino) se denominan “órgano diana del envejecimiento” y constituyen probablemente

el origen en última instancia del proceso biológico del envejecimiento. Además, se han observado alteraciones secundarias al envejecimiento en los sistemas cardiovascular y excretor (renal) así como en otros sistemas dando lugar a alteraciones en la composición del organismo en conjunto.

Según Kane et al. (84) el envejecimiento se acompaña de un declive en sus capacidades, fisiológicos como patológicos. Siendo muy importante tener en cuenta, su conocimiento para la rehabilitación en Geriatría, capacidades en el área biológica, psicológica o social, que colocará al paciente en posición de ventaja para enfrentar el proceso de rehabilitación y recuperación ya que mantendrá su capacidad funcional siendo autosuficiente optimizando su cualidad de vida. Es considerable el tratamiento no farmacológico, la educación y el apoyo de los familiares.

Según Kottke et al. (75), existe una amplia variedad en las labores diarias en cuanto a la capacidad del adulto mayor. La mayoría de los integrantes de la población senil, subsisten independientemente en la sociedad. Los cambios pueden ser el resultado de las enfermedades crónicas ya manifestadas, y a veces no se deben al proceso de senectud, sino que aumenta con la edad y un 80 % de los ancianos presenta al menos un trastorno crónico.

El envejecimiento en sí permite la independencia en las actividades físicas cuando existe una enfermedad crónica, un 60 % muestra estas limitaciones. Por medio de la rehabilitación se pretende disminuir o eliminar estas limitaciones por medio del mejoramiento de la capacidad en la funcionabilidad en actividades y de forma progresiva y supervisada la cual a través de la prevención y a través del entrenamiento busca conservar las funciones no alteradas y restablecer las funciones alteradas. (75).

Según Gonzales et al. (85), demostraron que las personas mayores que realizaron ejercicio aeróbico tuvieron una mejoría en pruebas neuropsicológicas funcionales. Vogt y Vojt, observaron que un programa de ejercicios retardar los cambios degenerativos en medula espinal, nervios periféricos, óseo, sistema cardiopulmonar, y mejora los índices de hipertensión arterial y los niveles de glucosa en las personas adultas La

actividad física es importante para estimular el metabolismo del hueso, la frecuencia cardíaca también.

Según Moore et al. (86), la linfedema se ocasiona por acumulación de líquidos producida por el no drenaje linfático. Podemos ejemplificar una linfedema, a la extirpación quirúrgica de algún nódulo linfático canceroso de la axila, desencadenando en una linfedema del brazo, estas células grandes y sólidas entran en los vasos linfáticos formando diminutos émbolos compuestos de células, pasando por nódulos linfáticos cercanos ocasionando una nueva diseminación a diferentes órganos y tejidos.

Según Rubens et al. (87), la enfermedad de Parkinson tiene un origen idiopático, se da en una proporción de 10 veces en pacientes mayores de 60 años, es una enfermedad que destruye neuronas dopaminérgicas ubicadas en la sustancia negra. Provoca bradicinesia, rigidez, temblor e inestabilidad en la postura. Genera pérdida en la programación en las tareas motoras.

Según Surós et al. (88), la Radiculopatía se manifiesta por dolores y síntomas como dolor lancinante o de violencia extrema por su presión intrarraquídea, motivo de la compresión o elongación radicular. Se acompaña también de trastornos en la conducción sensitiva (parestesia, pinchazos, hormigueos, entumecimiento, sensaciones como calor o frío). No todos estos trastornos se encontrarán en un paciente, pero al transcurrir la enfermedad terminarán manifestándose casi todos.

Según Rubens et al. (87), las cargas externas harán una degeneración mecánica como causa de impactos repetitivos, aún más con la hipotonía muscular existente de rotadores externos, desencadenaría una ruptura del manguito de los rotadores, los músculos involucrados del manguito de los rotadores por la parte posterior de la escapula son supraespinoso, infraespinoso, redondo menor y en la parte anterior de la escapula: el subescapular.

Según Moore et al. (86), la laminectomía es la “separación quirúrgica de uno o más prominencias espinosas y láminas vertebrales de sostén adyacentes en una determinada región de la columna vertebral”, la terminología laminectomía es utilizada asiduamente en la denominación de la extirpación

de una gran fracción del arco vertebral por sección de los pedículos, este procedimiento quirúrgico se hace para mitigar la compresión sobre la médula espinal o las raíces nerviosas, que se produce por un tumor, un disco intervertebral herniado o una hipertrofia que es el acrecentamiento desmesurado del hueso.

Según Moore et al. (86), fractura es el traumatismo en un hueso puede quebrarlo. Para que la fractura se consolide se pondrá en contacto los extremos óseos logrando su aproximación máxima, (reducción de una fractura). En la consolidación de la fractura los fibroblastos (células del tejido conectivo), proliferan y secretan colágeno y forma una calcificación llamada callo externo de unión que se reabsorbe y queda reemplazado por hueso.

El lumbago con ciática tendría como origen del problema a un tumor del núcleo pulposo gelatinoso, producido a nivel interno del anillo fibroso o a través de él. Este tumor o hernia también puede ubicarse en el conducto vertebral y comprimir la médula espinal o las raíces nerviosas, esto se debe al gran tamaño de los discos intervertebrales en las regiones lumbar y lumbosacra por la cantidad de movimientos, cabe mencionar que las hernias posterolaterales del núcleo pulposo también se producen a ese nivel.

Con el avance de la edad, el diagnóstico de hernia se hará más probable. El dolor en la parte baja del dorso será un síntoma común en una lumbalgia acompañada con el espasmo muscular, la cual se contractura porque no llega la sangre adecuadamente, el adulto mayor manifestará dolor a la movilización. La ciática, o dolor en la parte baja del dorso, irradiada hacia la pierna, se produce por compresión nerviosa (86).

El dolor a nivel del dorsal, y la lumbalgia en particular, es un problema de salud, se ubica en segundo lugar, después de los resfriados como motivo más común en la consulta médica. El dolor a nivel del dorsal ocupa el segundo lugar después de la cefalea (86).

Según Cotran et al. (78), existen modificaciones producidas por el envejecimiento que afectan a la función de muchos sistemas. Alguno de estos (específicamente los sistemas inmunitario y neuroendocrino) se denominan “órgano diana del envejecimiento” y constituyen probablemente el origen en

última instancia del proceso biológico del envejecimiento. También, existirán alteraciones secundarias al envejecimiento en los sistemas cardiovascular y excretor, así como en otros sistemas.

Según Terry et al. (76), las prótesis utilizadas como reemplazo parcial o total de un hueso o articulación dañado son conocidos como implante ortopédico articular que son procedimientos quirúrgicos que un paciente ha tenido que someterse en solución a problemas de salud generados por infecciones, tumores, traumatismos, cuadros de algunas parálisis, artritis reumatoide o artrosis.

Según Terry et al. (76), las amputaciones es un proceder, mediante el cual se extirpa un segmento corporal, debe diferenciarse de una desarticulación que para cualquier caso en los dos casos el termino amputación es igualmente utilizado. Al año se registran más casos de amputaciones. Esto se da a sobremanera por el envejecimiento poblacional que padecen de diabetes y enfermedades vasculares, en las edades de 50 a 75 años.

La poliartrosis o artrosis degenerativa primaria poliarticular de causa desconocida que muestra actividad en varias articulaciones a la vez, siendo rara antes de los 35 años, siendo su pronóstico bueno en diferencia a la artrosis secundaria o monoarticular que son generadas por alteración mecánica, coxa plana, epifisiolisis, inestabilidad ligamentosa, fracturas intraarticulares. Esta poli artrosis se apreciará más en articulaciones de carga y será más frecuente en pacientes obesos mayores de 50 años (76).

La coxartrosis es la ubicada en la articulación de la cadera, que sin alteraciones o deformaciones mecánicas es rara su aparición, llamada artrosis primaria, mientras que a la artrosis por coxa plana o la subluxación congénita de cadera, se le llama artrosis secundaria, esta última es la que con más frecuencia se manifiesta. La coxa artrosis es la deformidad anatómica que estará producida por una carga mayor a la que puede resistir el cartílago articular y lo que puede tolerar en carga el hueso subcondral de la articulación de la cadera en una persona normalmente sana (76).

Según Stein et al. (89), la artrosis primaria, es una forma de artrosis que dañará al sexo femenino por un patrón genético autosómico dominante, y el

varón muestran un patrón autosómico recesivo, y las mujeres de setenta años manifiestan nódulos de Heberden con síntomas leves.

Según Pedrosa et al. (82), trastornos del disco intervertebral, encontramos hernia del disco cervical que es la degeneración del disco intervertebral, la cual empezará con fisuras circulares en el anillo de fibras que se expanden formando grandes fisuras radiales, y que dejará salir al núcleo pulposo dejando ver a una hernia que en presión continua terminara saliendo del disco. Los pacientes con radiculopatía tienen adormecimiento y hormigueo, dolor de cuello hombro y brazo.

La estenosis cervical que lleva a la degeneración por pérdida de la altura del disco por disminución de agua en el núcleo pulposo genera un estrechamiento de las vértebras generando cambios como formación de osteofitos que disminuirán el foramen neural.

La cervicalgia no tiene causa neurológica, mayormente es dada por espasmo muscular y también por enfermedad degenerativa de la columna cervical, por un estiramiento o contractura muscular, desencadenar por una hipotonía muscular, hiperlaxitud articular, injurias, por posiciones incorrectas y estrés (82).

Según Kottke et al. (75), la hemiplejía es una consecuencia del ictus, definido como accidente cerebro vascular que incluye los ataques isquémicos transitorios que tienen recuperación completa que son en un 60 % a 75 % de los casos totales. La recuperación neurológica total sucede hasta los tres meses después del inicio de la enfermedad, aunque muchos médicos concuerdan que ya no existe evidencia de avance o progresión de los déficits neurológicos presentados durante las 48 horas siguientes.

El ictus hemorrágico demuestra una mejoría lenta en un periodo más prolongado. Se han observado resultados desfavorables cuando presentan daño encefálico bilateral como; demencia, incontinencia intestinal y vesical que dure más de cuatro semanas, o también en casos de parálisis flácida que dure más de dos meses o que tengan un intervalo prolongado sin terapia de rehabilitación (75).

Según Rubens et al. (87), la rehabilitación cardíaca se iniciará estando el paciente en condición estable, medicado y sin signos ni síntomas de la enfermedad en el cual el fisioterapeuta tendrá a su cargo la preparación física adecuada que antes de empezar el paciente tendrá que pasar por evaluaciones y pruebas diversas para el conocimiento adecuado del estado actual del paciente, El objetivo de los programas de rehabilitación es la reincorporación a la vida productiva y activa el tiempo mayor posible.

Según Kottke et al. (75), la afasia es el deterioro en la facultad de interpretación y expresión de los símbolos del lenguaje que es ocasionado por una lesión cerebral. Se describe como un trastorno del proceso central del lenguaje, como dificultad para la comprensión de lo que se expresa, lectura y escrito, también se dejará ver una disminución notable en la comprensión auditiva, y mímica, escritura y la lectura. Así como también manifestaran dificultad para encontrar las palabras que necesitan en la formación de oraciones para expresarse, pero lo harán muy bien en la comprensión auditiva.

Según Suros et al. (88), la parálisis de Bell es la de tipo periférico y de aparición súbita con causa desconocida que afecta más frecuentemente el lado izquierdo y afecta solo a un lado de la cara, teniendo las siguientes características: se diagnostican con la observación clínica, imposibilidad de movimiento muscular facial, desaparición de los surcos o arrugas, surco nasogeniano, ceja caída y con menos arco, descenso del labio, ojo abierto sin parpadeo y lagrimoso.

Según Surós et al. (88), la disfonía, conocida también como ronquera o afonía es la que nos indica una alteración en las cuerdas vocales que tiene múltiples causales como; lesiones de los tejidos en laringe, lesiones en nervios de las cuerdas vocales causados por inflamaciones, traumatismos o tumores o uso indebido de músculos vocales. Luego del cambio de voz en la pubertad se encuentra distintas causas como procesos inflamatorios, cuerpos extraños, procesos endocrinos, neurológicos, anomalías del desarrollo, traumatismos, laringitis catarral, cáncer laríngeo.

2.3. Definición de Términos Básicos.

2.3.1. Adulto Mayor.

Persona de 60 años y más, principio de las Naciones Unidas y aceptado por el Gobierno de Chile por Ley 19828 que instauró el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), el término adulto mayor, se conoce además como persona mayor, que sustituye al termino “tercera edad, anciano, abuelo, viejo, senescente” que se puede interpretar de forma despectiva u ofensiva y que se puede asociar de forma negativa, excluyente y errada de la vejez (90).

2.3.2. Enfermedad.

Alteración (lat. *infirmiāt(em)*; docum. en esp. desde 1196) [ingl. *disease, illness, condition*] 1 s.f. Alteración de la salud. 2 s.f. Agrupación de alteraciones y clasificación de síntomas y signos que se manifiestan dentro de un esquema en tiempo y espacio determinado, obedeciendo a una causa concreta manifestada de forma comparable en sujetos diferentes, permitiendo su clasificación e identificación en las diferentes enfermedades (91).

2.3.3. Medicina Física y Rehabilitación.

[ingl. *physical medicine and rehabilitation*] Disciplina científica, rama de la medicina, que estudia la naturaleza de los agentes físicos no ionizantes, los fenómenos derivados de su interacción con el cuerpo humano, y sus aplicaciones médicas; en especial, las relacionadas con el diagnóstico, la evaluación, la prevención, el tratamiento y la integración de los enfermos con procesos incapacitantes (91).

2.3.4. Servicio de Medicina Física.

Se define según la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), como una especialidad médica autosuficiente que atañe a la promoción de la actividad física y cognitiva (insertando la conducta), la participación (insertando la calidad de vida) y el cambio de los agentes personales y su entorno. El servicio tiene la responsabilidad de prevenir, diagnosticar, tratar e intervenir en la rehabilitación de los pacientes con limitación médica de discapacidad y comorbilidad en todas las etapas de vida de aquellas personas con limitaciones agudas y crónicas como amputaciones, alteraciones

neurológicas, musculoesqueléticas, órganos pélvicos, insuficiencia cardiorrespiratoria y la discapacidad por cáncer y dolor, entre otros. El servicio labora en distintos niveles de atención como unidades de atención aguda, atención primaria, hospitalaria y sanitaria. Utilizando instrumentos de valoración diagnóstica específica, los tratamientos implican mediación farmacológica, física, técnica, educacional y vocacional (92).

2.3.5. Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH).

Herramienta clave para el almacenamiento de datos cuyo objetivo es documentar los procesos del servicio de medicina física y rehabilitación que establece y proporciona normas técnicas niveladas que posibiliten la ejecución de la gestión por procesos que optimice la eficiencia de recursos y aligerar los flujos de trabajo dirigidos a las prestaciones de salud (93).

Capítulo III

Metodología

3.1. Método, y alcance de la investigación

Método científico (18) .

Tipo básica (18).

Nivel descriptivo (18).

3.2. Diseño de la investigación

El diseño utilizado es no experimental, transversal, retrospectivo en los pacientes adultos mayores que asisten al servicio de medicina física del “Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo” EsSalud- Arequipa 2019.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población.

Según Hernández et al. (18) la población es la totalidad de todas las unidades de análisis (objetos, personas, eventos, etc.) en los que se estudia el fenómeno. Éstos deben tener características similares de lo que es objeto de estudio.

Tomando en cuenta esta definición, la población motivo de la investigación es finita, y está conformada por 3 368 adultos mayores (mayores de 65 años) que acudieron al servicio de medicina física del “Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo” EsSalud- Arequipa, según el sistema de servicio de salud inteligente (ESSI).

3.3.2. Muestra

El tipo de muestreo es no probabilístico y por conveniencia (94). Para fines de la investigación se hizo uso de la totalidad de la población (3 368) analizando las atenciones médicas del adulto mayor que acudieron al servicio.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Técnicas

La técnica de recolección de datos secundarios que utilizamos fue de análisis documental teniendo en cuenta su autenticidad, credibilidad, contexto y su representatividad, en la que solo se puso en práctica la observación y el registro, sin intervención alguna en el curso natural de estos y solo implicó la recolección de los datos existentes. La información que se manejó mantuvo el anonimato de los participantes, ya que no se tuvo acceso a los datos personales de los pacientes y solo se usó los datos de las enfermedades frecuentes, la información fue recolectada de tal manera que los sujetos no fueron identificados, tal como se anexa en la ficha de recolección.

3.4.2. Instrumento.

El instrumento para recolectar datos secundarios fue la guía de análisis documental cuantitativo, como un complemento del análisis clásico, puramente cuantitativo, porque eliminó la subjetividad en la interpretación, desarticulando los textos sometidos a procesos en unidades analíticas, que en su modalidad más desarrollada estudió el significado de los signos y se denominó “análisis de contenido”.

3.4.3. Recolección de Datos.

Para realizar este trabajo, se solicitó el permiso a la Dirección del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo EsSalud – Arequipa, previa coordinación con el departamento de estadística e informática, a quién se le explicó la relevancia del presente trabajo investigativo, para lo cual nos facilitaron la base de datos de los pacientes que acudieron al Servicio de Medicina Física del 2019 y se recolectó los datos necesarios.

La recolección de información se obtuvo de las historias clínicas del sistema de gestión hospitalaria (SGH), se realizó de acuerdo con el cronograma establecido.

3.4.4. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Se utilizó Microsoft Excel 2013, Spss v 23.

Capítulo IV

Resultados y Discusión

4.1. Resultados del Análisis de la Información

Los resultados de este estudio indican los objetivos siguientes:

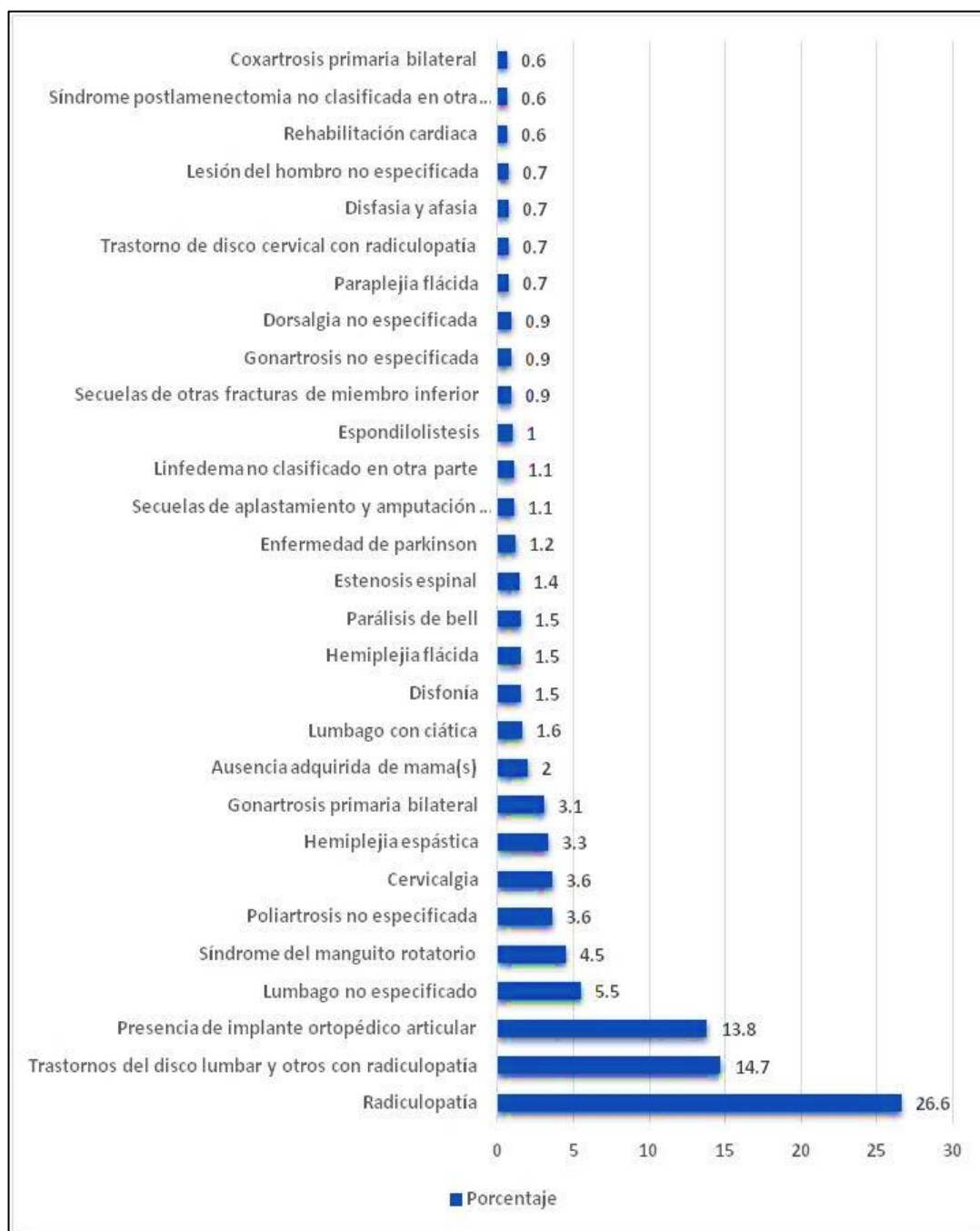
4.1.1. Resultados del Objetivo General.

Tabla 3. Enfermedades frecuentes del adulto mayor.

N°	Enfermedad	Frecuencia	F	M	%	% Acumulado
1	Radiculopatía	896	540	356	26,6 %	26,6 %
2	Trastornos del disco lumbar y otros con radiculopatía	496	300	196	14,7 %	41,3 %
3	Presencia de implante ortopédico articular	465	305	160	13,8 %	55,1 %
4	Lumbago no especificado	184	123	61	5,5 %	60,6 %
5	Síndrome del manguito rotatorio	153	93	60	4,5 %	65,1 %
6	Poliartrosis no especificada	122	76	46	3,6 %	68,8 %
7	Cervicalgia	121	58	63	3,6 %	72,4 %
8	Hemiplejia espástica	111	50	61	3,3 %	75,7 %
9	Gonartrosis primaria bilateral	106	66	40	3,1 %	78,8 %
10	Ausencia adquirida de mama(s)	68	68	-	2,0 %	80,8 %
11	Lumbago con ciática	54	29	25	1,6 %	82,4 %
12	Disfonía	52	34	18	1,5 %	84,0 %
13	Hemiplejia flácida	51	15	36	1,5 %	85,5 %
14	Parálisis de bell	49	43	6	1,5 %	86,9 %
15	Estenosis espinal	48	22	26	1,4 %	88,4 %
16	Enfermedad de Parkinson	40	11	29	1,2 %	89,5 %
17	Secuelas de aplastamiento y amputación traumáticas de miembros	38	12	26	1,1 %	90,7 %

N°	Enfermedad	Frecuencia	F	M	%	% Acumulado
18	Linfedema no clasificada en otra parte	37	33	4	1,1 %	91,8 %
19	Espondilolistesis	34	29	5	1,0 %	92,8 %
20	Secuelas de otras fracturas de miembro inferior	30	20	10	0,9 %	93,7 %
21	Gonartrosis no especificada	29	22	7	0,9 %	94,5 %
22	Dorsalgia no especificada	29	19	10	0,9 %	95,4 %
23	Paraplejia flácida	24	10	14	0,7 %	96,1 %
24	Trastorno de disco cervical con radiculopatía	23	10	13	0,7 %	96,8 %
25	Disfasia y afasia	23	14	9	0,7 %	97,5 %
26	Lesión del hombro no especificada	23	10	13	0,7 %	98,2 %
27	Rehabilitación cardiaca	21	5	16	0,6 %	98,8 %
28	Síndrome postlamenectomía no clasificada en otra parte	21	9	12	0,6 %	99,4 %
29	Coxartrosis primaria bilateral	20	13	7	0,6 %	100,0 %
Total		3 368	2 039	1 329	100 %	
			60,5 %	39,5 %		

Figura 1. Enfermedades frecuentes del adulto mayor en el servicio de Medicina física.



En la tabla 3 y figura 1 se observa el porcentaje de enfermedades del adulto mayor en el Servicio de Medicina Física del Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguí Escobedo”: Con radiculopatía el 26,6 %, trastornos del disco lumbar y otros con radiculopatía, el 14,7 %, y con presencia de implante ortopédico articular el 13,8 %.

Por otro lado, se observa las enfermedades menos frecuentes tales como: lumbago con ciática 1,6 %, disfonía 1,5 %, hemiplejia flácida 1,5 %, parálisis de Bell 1,5 %, estenosis espinal 1,4 %, enfermedad de Parkinson 1,2 %, secuelas de aplastamiento y amputación traumática de miembros 1,1 %, linfedema no clasificado en otra parte 1,1 %, espondilolistesis 1 %, secuelas de otras fracturas de miembro inferior 0,9 %, gonartrosis no especificada 0,9 %, dorsalgia no especificada 0,9 %, paraplejia flácida 0,7 %, trastorno de disco cervical con radiculopatía 0,7 %, disfasia y afasia 0,7 %, lesión del hombro no especificada 0,7 %, rehabilitación cardiaca 0,6 %, síndrome post-laminectomía no clasificada en otra parte 0,6 %, y coxartrosis primaria bilateral 0,6 %.

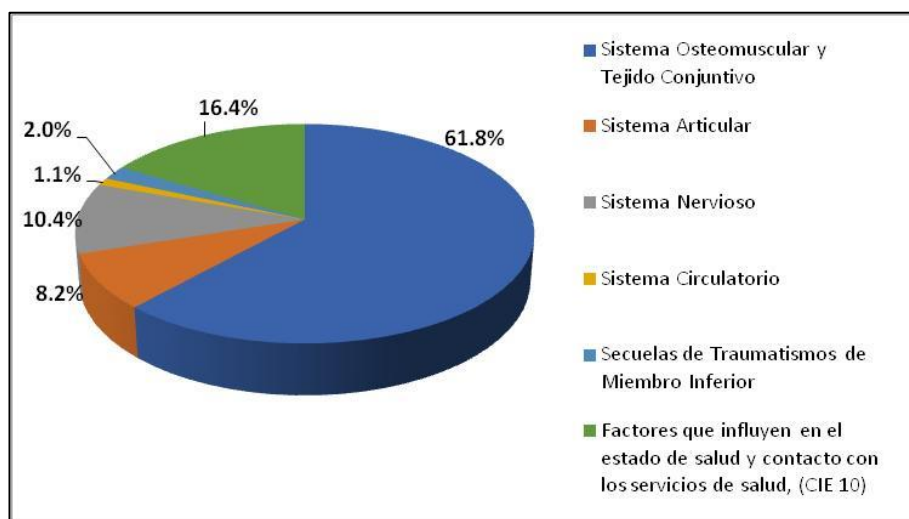
4.1.2. Resultados de Objetivos Específicos.

Tabla 4. Clasificación por sistemas de las enfermedades de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.

Enfermedades frecuentes del adulto mayor		F	M	Total	%
Sistema Osteomuscular y Tejido Conjuntivo	Radiculopatía	540	356	896	26,6 %
	Trastornos de disco lumbar y otros, con radiculopatía	300	196	496	14,7 %
	Lumbago no especificado	123	61	184	5,5 %
	Síndrome del manguito rotatorio	93	60	153	4,5 %
	Cervicalgia	58	63	121	3,6 %
	Lumbago con ciática	29	25	54	1,6 %
	Estenosis espinal	22	26	48	1,4 %
	Espondilolistesis	29	5	34	1,0 %
	Dorsalgia, no especificada	19	10	29	0,9 %
	Trastorno de disco cervical con radiculopatía	10	13	23	0,7 %
	Lesión del hombro, no especificada	10	13	23	0,7 %
Síndrome post laminectomía, no clasificado en otra parte	9	12	21	0,6 %	
Subtotal		1242	840	2082	61,8 %
Sistema Articular	Poliartrosis, no especificada	76	46	122	3,6 %
	Gonartrosis primaria, bilateral	66	40	106	3,1 %
	Gonartrosis, no especificada	22	7	29	0,9 %
	Coxartrosis primaria, bilateral	13	7	20	0,6 %
Subtotal		177	100	277	8,2 %
Sistema Nervioso	Hemiplejia espástica	50	61	111	3,3 %
	Disfonía	34	18	52	1,5 %
	Hemiplejia flácida	15	36	51	1,5 %
	Parálisis de Bell	43	6	49	1,5 %
	Enfermedad de Parkinson	11	29	40	1,2 %

Enfermedades frecuentes del adulto mayor		F	M	Total	%
	Paraplejia flácida	10	14	24	0,7 %
	Disfasia y afasia	14	9	23	0,7 %
	Subtotal	177	173	350	10,4 %
Sistema Circulatorio	Linfedema, no clasificado en otra parte	33	4	37	1,1 %
Secuelas de Traumatismos de Miembro Inferior	Secuelas de aplastamiento y amputación traumáticas de miembro inferior	12	26	38	1,1 %
	secuelas de otras fracturas de miembro inferior	20	10	30	0,9 %
	subtotal	32	36	68	2,0 %
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, (CIE 10)	Presencia de implante ortopédico articular	305	160	465	13,8 %
	Ausencia adquirida de mama(s)	68	0	68	2,0 %
	rehabilitación cardiaca	5	16	21	0,6 %
	Subtotal	378	176	554	16,4 %
	Total	2 039	1 329	3 368	100,0 %

Figura 2. Clasificación por Sistemas de las enfermedades más frecuentes del Adulto Mayor.



En la tabla 4 y figura 2 se observa las enfermedades del adulto mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguí Escobedo”. Las más frecuentes fueron: del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo con 61,8 % y factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud CIE10. También se aprecia que las enfermedades menos frecuentes son las secuelas de traumatismos de miembro inferior, con 2 % y sistema circulatorio con el 1,1 %.

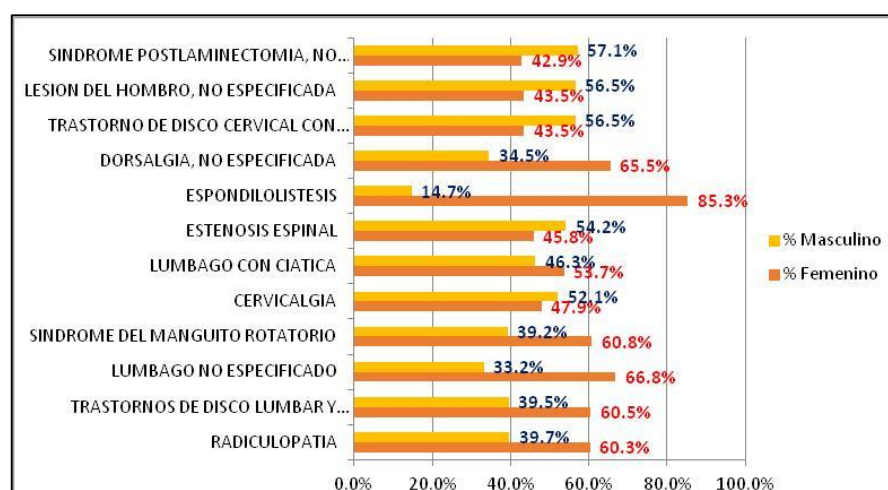
4.1.2.1. Resultado del objetivo específico 1.

Tabla 5. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo de las enfermedades frecuentes del adulto mayor (diferencia de porcentajes de casos por enfermedad y género)

Enfermedad	F	%	M	%	Total
Radiculopatía	540	60,3 %	356	39,7 %	896
Trastornos de disco lumbar y otros, con radiculopatía	300	60,5 %	196	39,5 %	496
Lumbago no especificado	123	66,8 %	61	33,2 %	184
Síndrome del manguito rotatorio	93	60,8 %	60	39,2 %	153
Cervicalgia	58	47,9 %	63	52,1 %	121
Lumbago con ciática	29	53,7 %	25	46,3 %	54
Estenosis espinal	22	45,8 %	26	54,2 %	48
Espondilolistesis	29	85,3 %	5	14,7 %	34
Dorsalgia, no especificada	19	65,5 %	10	34,5 %	29
Trastorno de disco cervical con radiculopatía	10	43,5 %	13	56,5 %	23
Lesión del hombro, no especificada	10	43,5 %	13	56,5 %	23
Síndrome post laminectomía, no clasificado en otra parte	9	42,9 %	12	57,1 %	21
Total	1 242	59,7 %	840	40,3 %	2 082

En la tabla 5 se observa que la enfermedad más frecuente de este grupo de 12, son: radiculopatía con 896 casos, cuyo porcentaje en el género femenino es del 60,3 %, y en el género masculino, del 39,7 %. En relación a las enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, se evidencia que el síndrome post laminectomía no clasificado en otra parte, es la menos frecuente y presenta 21 casos, cuyo porcentaje para el género femenino es del 42,9 %, y en el género masculino del 12,57 %.

Figura 3. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo.



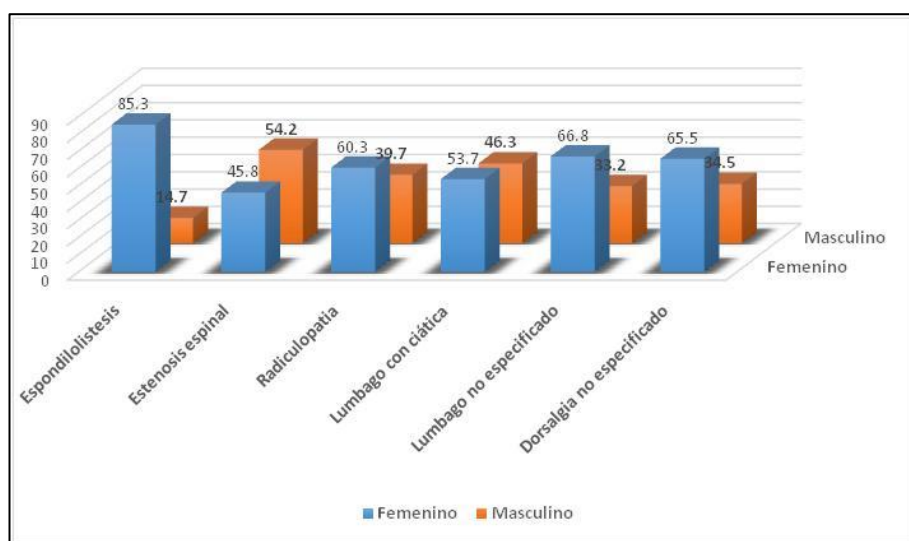
En la figura 3 se observa el porcentaje de casos por enfermedad. En relación a la espondilolistesis, el 85 % de la población evaluada son del género femenino, y el 14,7 % del masculino. Para el síndrome post laminectomía, se aprecia que el 57,1 % son del género masculino y el 42,9 % del femenino.

Tabla 6. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.

Enfermedad	F	%	M	%	Total
Radiculopatía	540	60,3 %	356	39,7 %	896
Lumbago no especificado	123	66,8 %	61	33,2 %	184
Lumbago con ciática	29	53,7 %	25	46,3 %	54
Estenosis espinal	22	45,8 %	26	54,2 %	48
Espondilolistesis	29	85,3 %	5	14,7 %	34
Dorsalgia no especificada	19	65,5 %	10	34,5 %	29
Total	762		483		1245
Trastorno del disco cervical con radiculopatía	10	43,5 %	13	56,5 %	23
Cervicalgia	58	47,9 %	63	52,1 %	121
Total	68		76		144
Trastornos del disco lumbar y otros con radiculopatía	300	60,5 %	196	39,5 %	496
Total	300		196		496
Síndrome del manguito de los rotadores	93	60,8 %	60	39,2 %	153
Lesión del hombro no especificado	10	43,5 %	13	56,5 %	23

Enfermedad	F	%	M	%	Total
Total	103		73		176
Síndrome post laminectomía no clasificado en otra parte	9	42,9 %	12	57,1 %	21
Total	9		12		21

Figura 4. Enfermedades del Sistema Osteomuscular y Tejido Conjuntivo.



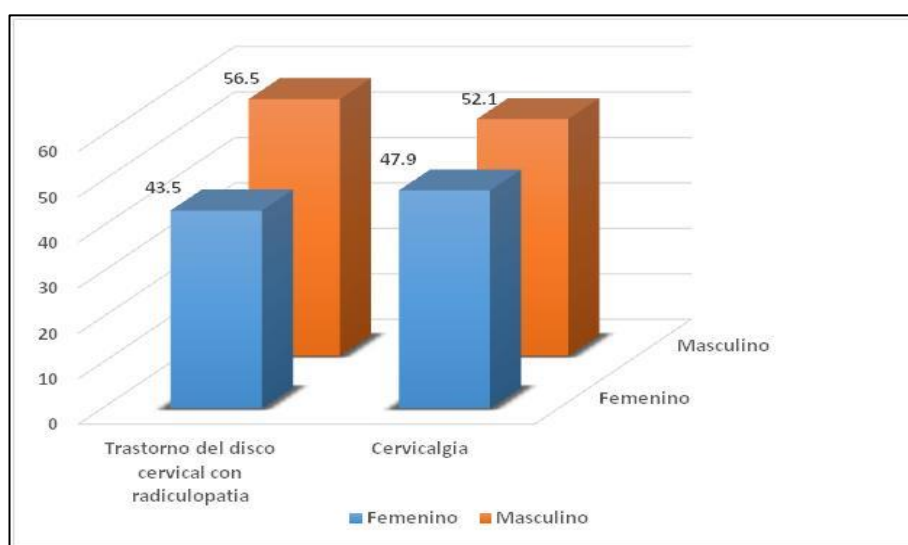
En la tabla 6 y figura 4, se observa el porcentaje de casos por enfermedad. Para la espondilolistesis, el 85,3 % son del género femenino, del mismo modo para el lumbago no especificado, el 66,8 %, la dorsalgia no especificada, el 65, 5% y radiculopatía, el 60,3 %.

También se aprecia en el género masculino, la estenosis espinal con el 54,2 %.

Tabla 7. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo de las enfermedades frecuentes del adulto mayor (continuación).

Enfermedad	F	%	M	%	Total
Trastorno del disco cervical con radiculopatía	10	43,5%	13	56,5%	23
Cervicalgia	58	47,9%	63	52,1%	121
Total	68		76		144

Figura 5. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo.

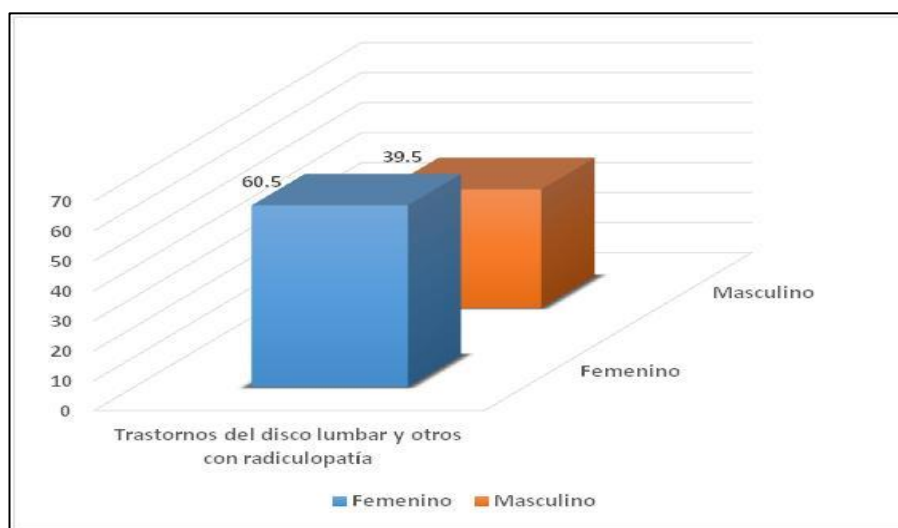


En la tabla 7 y figura 5, se observa el porcentaje de casos por enfermedad. Para la patología trastorno del disco cervical con radiculopatía, la proporción para el género masculino es del 56,5 %, y para el femenino, el 43,5 %. Para la Cervicalgia, el género masculino tiene una proporcionalidad del 52,1 %, y las mujeres, del 47,9 %.

Tabla 8. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo de las enfermedades frecuentes del adulto mayor

Enfermedad	F	%	M	%	Total
Trastornos del disco lumbar y otros con radiculopatía	300	60,5 %	196	39,5 %	496
Total	300		196		496

Figura 6. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo.

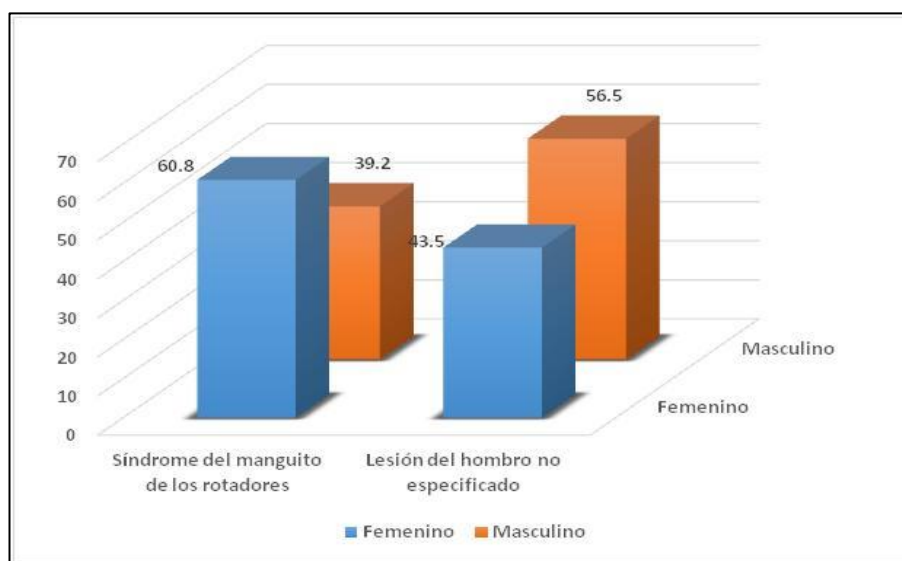


En la tabla 8 y figura 6, se observa el porcentaje de casos por enfermedad. Para la patología trastorno del disco lumbar y otros con radiculopatía, la proporción para el género masculino es del 39,5 %, y para el femenino, el 60,5 %.

Tabla 9. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.

Enfermedad	F	%	M	%	Total
Síndrome del manguito de los rotadores	93	60,8 %	60	39,2 %	153
Lesión del hombro no especificado	10	43,5 %	13	56,5 %	23
Total	103		73		176

Figura 7. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo.

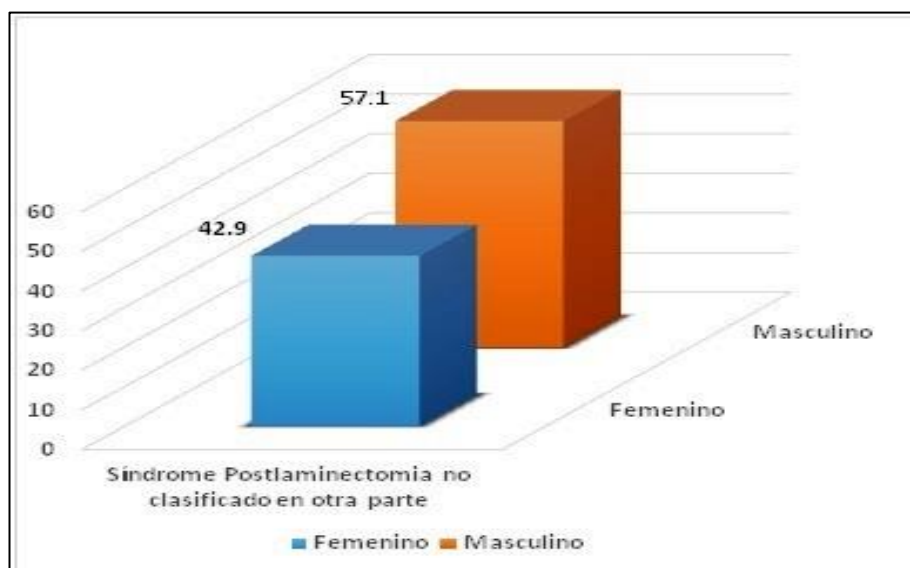


En la tabla 9 y figura 7, se observa el porcentaje de casos por enfermedad. Para el síndrome del manguito de los rotadores, la proporción para el género masculino es del 39,2 %, y para el femenino, el 60,8 %. Para la lesión del hombro no especificado, el género masculino tiene una proporcionalidad del 56,5 %, y el femenino, del 43,5 %.

Tabla 10. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.

Enfermedad	F	%	M	%	Total
Síndrome post laminectomía no clasificado en otra parte	9	42,9 %	12	57,1 %	21
Total	9		12		21

Figura 8. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo. síndrome post laminectomía



En la tabla 10 y figura 8 se observa que, el género masculino presenta mayores casos de síndrome post laminectomía no clasificado en otra parte, con una proporción del 57,1 %, y el género femenino con el 42,9 %.

4.1.2.2. Resultado del Objetivo Específico 2.

Tabla 11. Enfermedades del sistema articular de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.

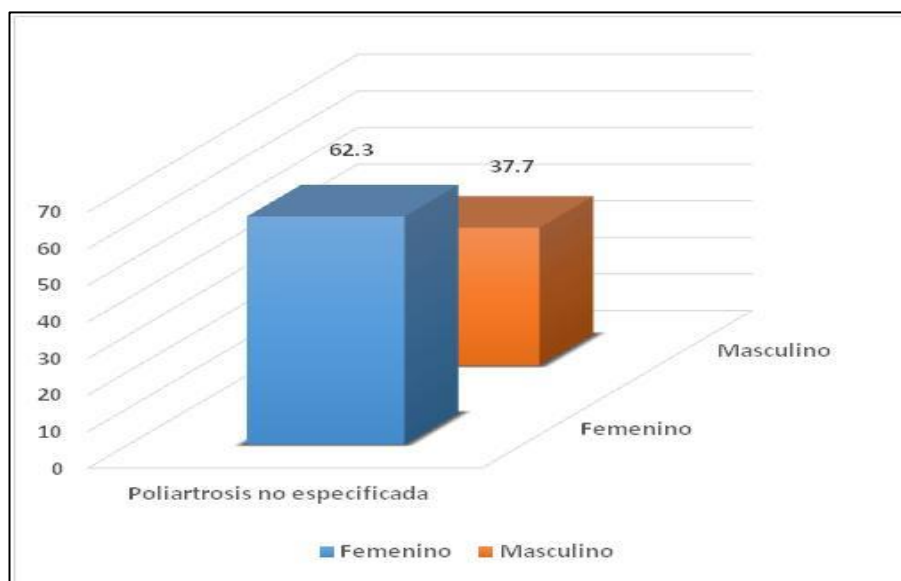
Enfermedades	F	%	M	%	Total
Poliartrosis, no especificada	76	62,3 %	46	37,7 %	122
Gonartrosis primaria, bilateral	66	62,3 %	40	37,7 %	106
Gonartrosis, no especificada	22	75,9 %	7	24,1 %	29
Coxartrosis primaria, bilateral	13	65,0 %	7	35,0 %	20
Total	177	63,9 %	100	36,1 %	277

En la tabla 11 se aprecia las enfermedades frecuentes del sistema articular, detallando la diferencia de porcentajes de casos por enfermedad y género.

Tabla 12. Enfermedades del sistema articular de las enfermedades frecuentes del adulto mayor. (Poliartrosis).

Enfermedades	F	%	M	%	Total
Poliartrosis, no especificada	76	62,3 %	46	37,7 %	122
Total	76		46		122

Figura 9. Enfermedades del sistema articular. Poliartrosis.

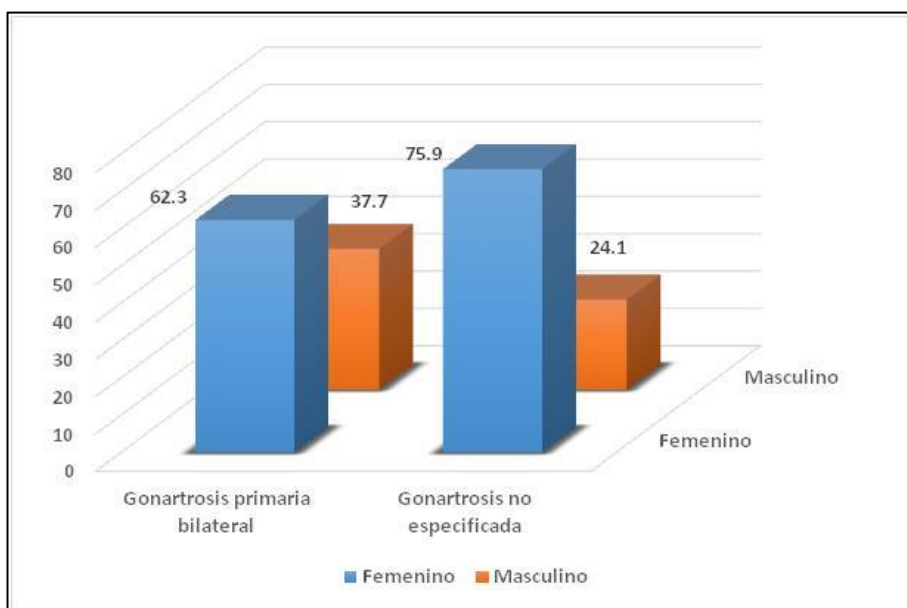


En la tabla 12 y figura 9 se observa que, el género femenino presenta mayores casos de poliartrosis no especificada, con una proporción del 62,3 %, y el género masculino con el 37,7 %.

Tabla 13. Enfermedades del sistema articular de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.

Enfermedades	F	%	M	%	Total
Gonartrosis primaria, bilateral	66	62.3%	40	37.7%	106
Gonartrosis, no especificada	22	75.9%	7	24.1%	29
Total	88		47		135

Figura 10. Enfermedades del sistema articular. Gonartrosis primaria bilateral y gonartrosis no especificada.

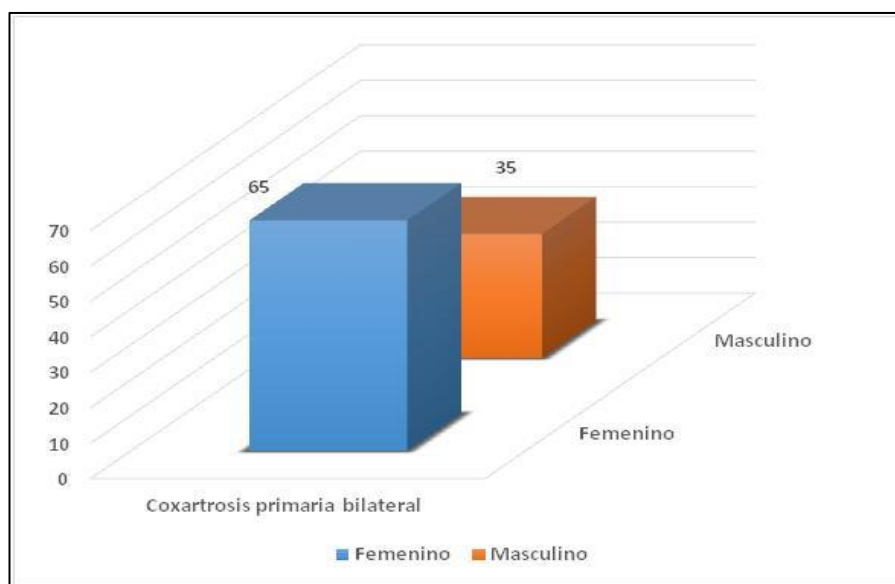


En la tabla 13 y figura 11 se observa que el género femenino, presenta los porcentajes más altos en relación a la enfermedad gonartrosis primaria bilateral y gonartrosis no especificada. El 62,3 % de mujeres ostenta gonartrosis primaria bilateral y el 75,9 % gonartrosis no especificada. En el caso de los varones, el 37,7 % adolece de gonartrosis primaria bilateral y el 24,1 % de gonartrosis no especificada.

Tabla 14. Enfermedades del sistema articular de las enfermedades frecuentes del adulto mayor, (Coxartrosis).

Enfermedades	F	%	M	%	Total
Coxartrosis primaria bilateral	13	65,0 %	7	35,0 %	20
Total	13		7		20

Figura 11. Enfermedades del Sistema Articular. Coxartrosis.



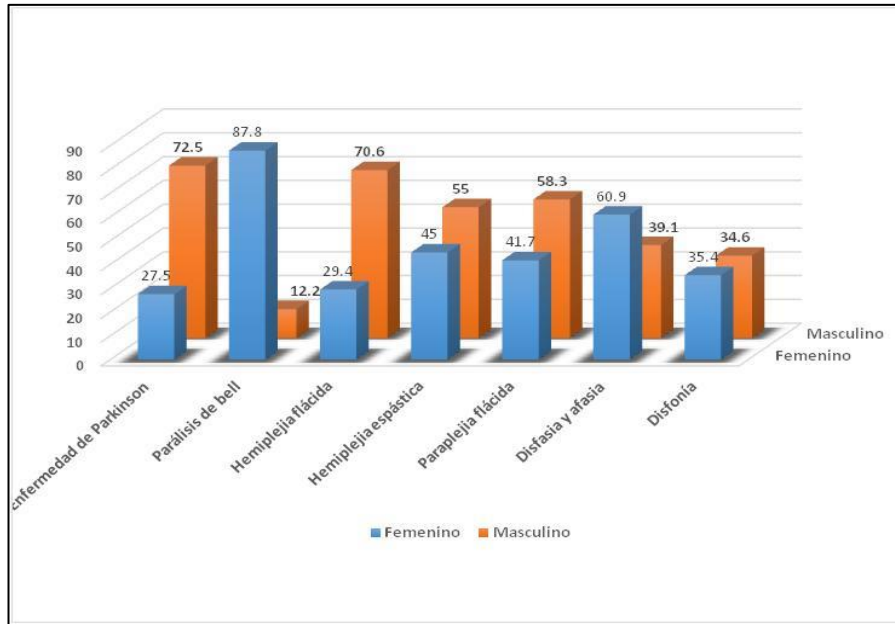
En el gráfico 2.2.2, respecto a la coxartrosis primaria bilateral, son el género femenino las que presentan mayores casos frecuentes con un (65 %).

4.1.2.3. Resultado del objetivo específico 3.

Tabla 15. Enfermedades del Sistema Nervioso de las Enfermedades Frecuentes del Adulto Mayor.

Enfermedades	F	%	M	%	Total
Hemiplejia espástica	50	45,0 %	61	55,0 %	111
Disfonía	34	65,4 %	18	34,6 %	52
Hemiplejia flácida	15	29,4 %	36	70,6 %	51
Parálisis de Bell	43	87,8 %	6	12,2 %	49
Enfermedad de Parkinson	11	27,5 %	29	72,5 %	40
Paraplejia flácida	10	41,7 %	14	58,3 %	24
Disfasia y afasia	14	60,9 %	9	39,1 %	23
Total	177	50,6 %	173	49,4 %	350

Figura 12. Enfermedades del sistema nervioso.



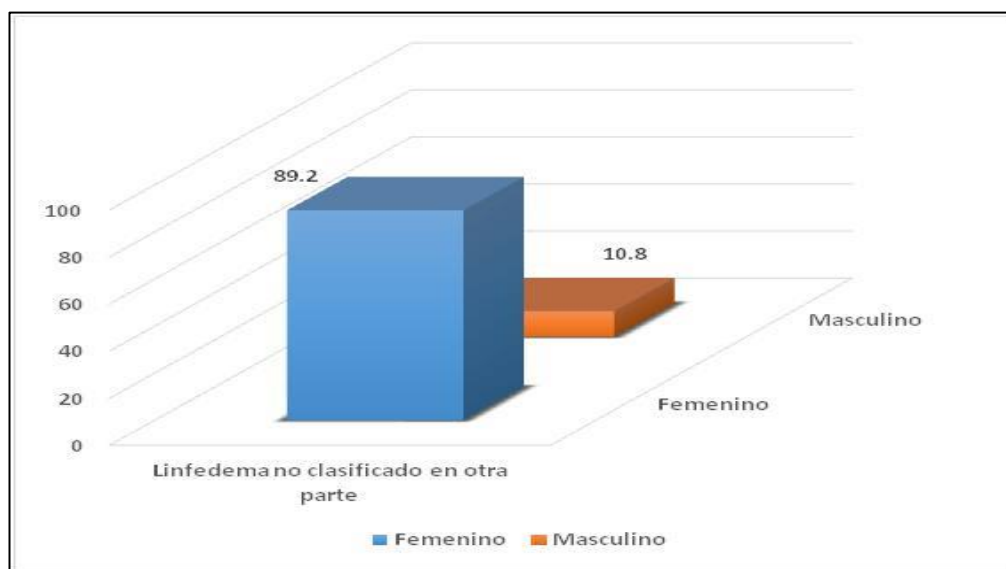
En la tabla 15 y figura 12 se observa que en el género femenino la enfermedad frecuente del sistema nervioso, es la parálisis de Bell con el 87,8 %, la disfasia y afasia con el 60,9 % y disfonía con 65,4 %. Mientras que para el género masculino son: el Parkinson con el 72,5 %, hemiplejía flácida 70,6 %, hemiplejía espástica 55 %, y la paraplejía flácida con 58,3 %.

4.1.2.4. Resultado del Objetivo Específico 4.

Tabla 16. Enfermedades del sistema circulatorio de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.

Enfermedad	F	%	M	%	Total
Linfedema, no clasificado en otra parte	33	89,2 %	4	10,8 %	37
Total	33		4		37

Figura 13. Enfermedades del sistema circulatorio.



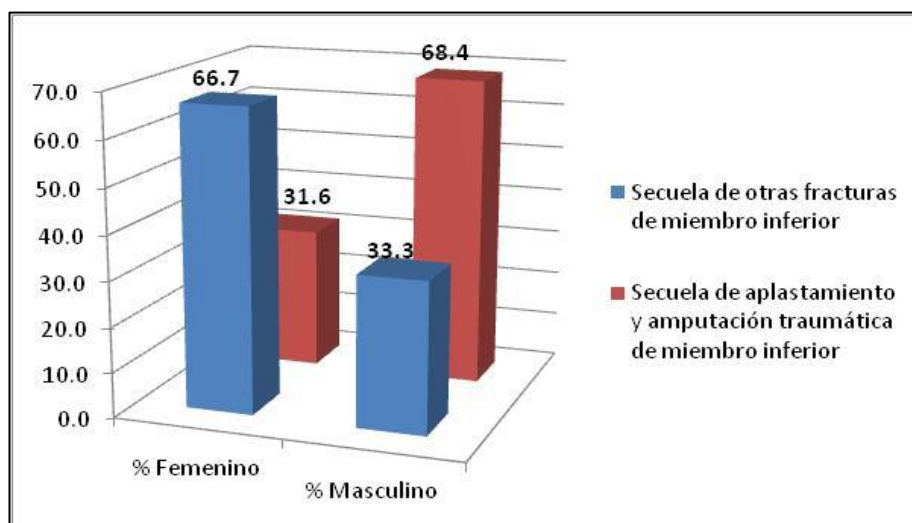
La tabla 16 y figura 13 muestran que la linfedema no clasificada en otra parte, se presenta con mayor frecuencia en el género femenino con un 89,2 %, mientras que en el masculino se muestra con el 10,8 %.

4.1.2.5. Resultado del Objetivo Específico 5

Tabla 17. Casos frecuentes de Secuelas de Traumatismos de Miembro Inferior, de las Enfermedades Frecuentes del Adulto Mayor.

Enfermedades	F	%	M	%	Total
Secuelas de aplastamiento y amputación traumáticas de miembro inferior	12	31,6 %	26	68,4 %	38
Secuelas de otras fracturas de miembro inferior	20	66,7 %	10	33,3 %	30
Total	32	47,1 %	36	52,9 %	68

Figura 14. Casos frecuentes de secuelas de traumatismo del miembro inferior del adulto mayor.



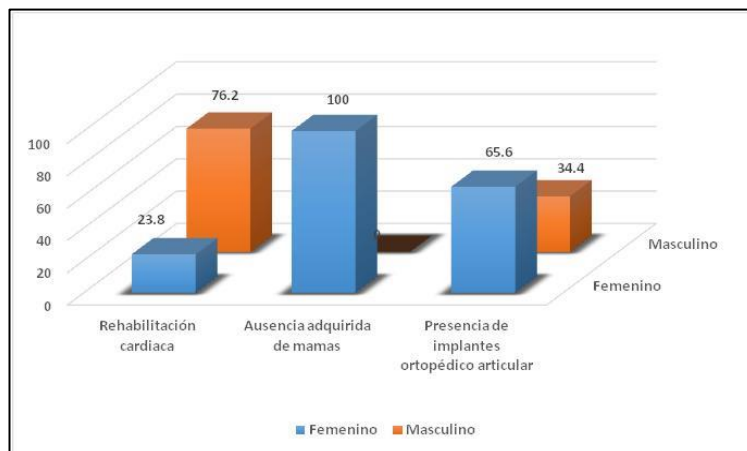
En la tabla 17 y figura 14 se observa que el 66,7 % pertenecen al género femenino y presentan casos de secuelas de traumatismo de otras facturas del miembro inferior, mientras que en el género masculino, esta patología, se da en el 33,3 %. En cuanto a la secuela de aplastamiento y amputación traumática del miembro inferior, los casos para el género masculino es el 68,4 % y para el género femenino el 31,6 %.

4.1.2.6. Resultado del objetivo específico 6

Tabla 18. Casos frecuentes de los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud.

Enfermedades	F	%	M	%	Total
Presencia de implante ortopédico articular	305	65,6 %	160	34,4 %	465
Ausencia adquirida de mama(s)	68	100,0 %	0	0,0 %	68
Rehabilitación cardiaca	5	23,8 %	16	76,2 %	21
Total	378	68,2 %	176	31,8 %	554

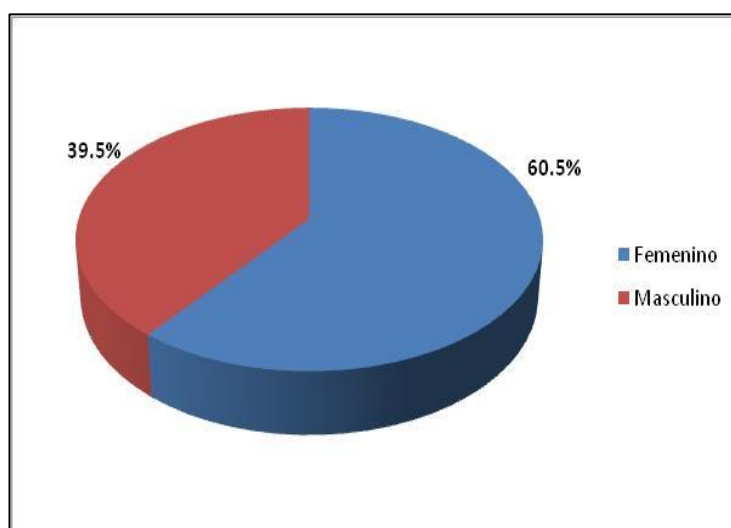
Figura 15. Casos frecuentes de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud



En la tabla 18 y figura 15, respecto a los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, son los pacientes del género masculino quienes presentan más casos frecuentes en rehabilitación Cardíaca con un 76,2 %, mientras que el género femenino, con casos absolutos en ausencia adquirida de mamas es el 100 %. También el género masculino muestra un importante porcentaje en cuanto a la presencia de implantes ortopédico articular, con el 65,6 %, mientras que el 34,4 % es para el género femenino.

4.1.2.7. Resultado del objetivo específico 7.

Figura 16. Características demográficas de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.

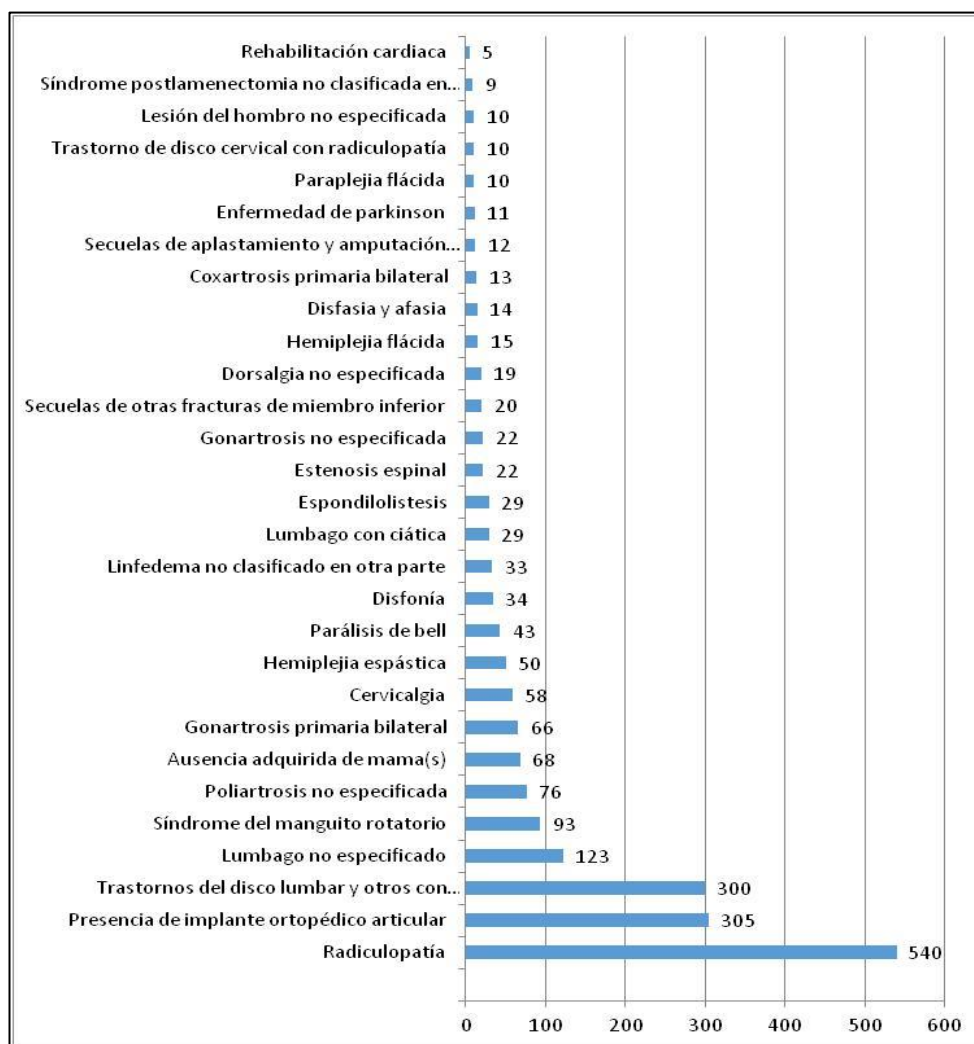


En la figura 16 se observa que la población demográfica del adulto mayor más recurrente al Servicio de Medicina Física del Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguin Escobedo” EsSalud-Arequipa 2019, es del género femenino, con 60,5 % y del género masculino con 39,5 %.

Tabla 19. Características demográficas de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.

N°	Enfermedad	Femenino	%	% acumulado
1	Radiculopatía	540	26,48	26,48
2	Presencia de implante ortopédico articular	305	14,96	41,44
3	Trastornos del disco lumbar y otros con radiculopatía	300	14,71	56,15
4	Lumbago no especificado	123	6,03	62,18
5	Síndrome del manguito rotatorio	93	4,56	66,74
6	Poliartrosis no especificada	76	3,73	70,47
7	Ausencia adquirida de mama(s)	68	3,33	73,81
8	Gonartrosis primaria bilateral	66	3,24	77,04
9	Cervicalgia	58	2,84	79,89
10	Hemiplejía espástica	50	2,45	82,34
11	Parálisis de Bell	43	2,11	84,45
12	Disfonía	34	1,67	86,12
13	Linfedema no clasificada en otra parte	33	1,62	87,74
14	Lumbago con ciática	29	1,42	89,16
15	Espondilolistesis	29	1,42	90,58
16	Estenosis espinal	22	1,08	91,66
17	Gonartrosis no especificada	22	1,08	92,74
18	Secuelas de otras fracturas de miembro inferior	20	0,98	93,72
19	Dorsalgia no especificada	19	0,93	94,65
20	Hemiplejía flácida	15	0,74	95,39
21	Disfasia y afasia	14	0,69	96,07
22	Coxartrosis primaria bilateral	13	0,64	96,71
23	Secuelas de aplastamiento y amputación traumáticas de miembros	12	0,59	97,30
24	Enfermedad de Parkinson	11	0,54	97,84
25	Paraplejía flácida	10	0,49	98,33
26	Trastorno de disco cervical con radiculopatía	10	0,49	98,82
27	Lesión del hombro no especificada	10	0,49	99,31
28	Síndrome post laminectomía no clasificada en otra parte	9	0,44	99,75
29	Rehabilitación cardíaca	5	0,25	100,00

Figura 17. Características demográficas de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.



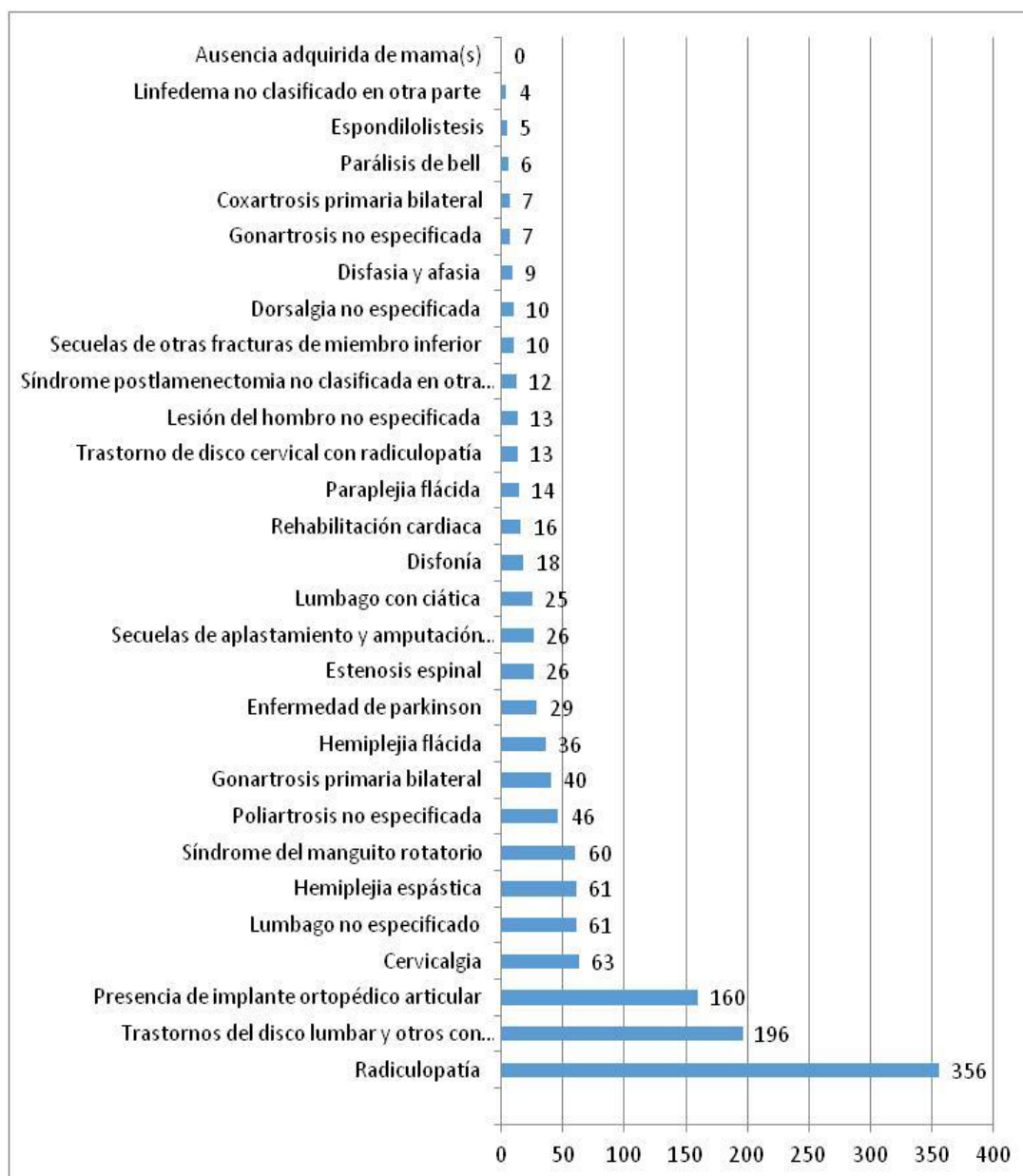
En la tabla 19 y figura 17 se observa las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia. En el género femenino fueron: radiculopatía, el 26,48 %, presencia de implante ortopédico articular, el 14,95 % y trastornos del disco lumbar y otros con radiculopatía el 14,71 %. Por otro lado, se observa también las enfermedades menos frecuentes, tales como: disfonía con el 1,67 %, linfedema no clasificado en otra parte 1,62 %, lumbago con ciática 1,42 %, espondilolistesis 1,42 %, estenosis espinal 1,08 %, gonartrosis no especificada 1,08 %, secuelas de otras fracturas de miembro inferior 0,98 %, dorsalgia no especificada 0,93 %, hemiplejía flácida 0,74 %, disfasia y afasia 0,69 %, coxartrosis primaria bilateral 0,64 %, secuelas de aplastamiento y amputación traumática de miembros 0,59 %, enfermedad de Parkinson 0,54 %, paraplejía flácida 0,49 %, trastorno de disco cervical con radiculopatía 0,49

%), lesión del hombro no especificada 0,49 %, síndrome post laminectomía no clasificada en otra parte 0,44 % y rehabilitación cardiaca con el 0,25 %.

Tabla 20. Características demográficas de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.

Nº	Enfermedad	M	%	% acumulado
1	Radiculopatía	356	26,79	26,79
2	Trastornos del disco lumbar y otros con radiculopatía	196	14,75	41,54
3	Presencia de implante ortopédico articular	160	12,04	53,58
4	Cervicalgia	63	4,74	58,32
5	Lumbago no especificado	61	4,59	62,91
6	Hemiplejia espástica	61	4,59	67,50
7	Síndrome del manguito rotatorio	60	4,51	72,01
8	Poliartrosis no especificada	46	3,46	75,47
9	Gonartrosis primaria bilateral	40	3,01	78,48
10	Hemiplejia flácida	36	2,71	81,19
11	Enfermedad de Parkinson	29	2,18	83,37
12	Estenosis espinal	26	1,96	85,33
13	Secuelas de aplastamiento y amputación traumáticas de miembros	26	1,96	87,29
14	Lumbago con ciática	25	1,88	89,17
15	Disfonía	18	1,35	90,52
16	Rehabilitación cardiaca	16	1,20	91,73
17	Paraplejia flácida	14	1,05	92,78
18	Trastorno de disco cervical con radiculopatía	13	0,98	93,76
19	Lesión del hombro no especificada	13	0,98	94,74
20	Síndrome post laminectomía no clasificada en otra parte	12	0,90	95,64
21	Secuelas de otras fracturas de miembro inferior	10	0,75	96,39
22	Dorsalgia no especificada	10	0,75	97,14
23	Disfasia y afasia	9	0,68	97,82
24	Gonartrosis no especificada	7	0,53	98,35
25	Coxartrosis primaria bilateral	7	0,53	98,87
26	Parálisis de bell	6	0,45	99,33
27	Espondilolistesis	5	0,38	99,70
28	Linfedema no clasificada en otra parte	4	0,30	100,00
29	Ausencia adquirida de mama(s)	0	0,00	100,00
Suma		1 329		

Figura 18. Características demográficas de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.



En la tabla 20 y figura 18 se observa las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia. En el género masculino fueron: radiculopatía con 26,79 %, trastornos del disco lumbar y otros con radiculopatía 14,75 % y presencia de implante ortopédico articular con el 12,04 %. Por otro lado, también se observa las enfermedades menos frecuentes, tales como: estenosis espinal con el 1,96 %, secuelas de aplastamiento y amputación traumática de miembros 1,96 %, lumbago con ciática 1,88 %, disfonía 1,35 %, rehabilitación cardiaca 1,20 %, paraplejía flácida 1,05 %, trastorno de disco cervical con radiculopatía

0,98 %, lesión del hombro no especificada 0,98 %, síndrome post laminectomía no clasificada en otra parte 0,90 %, secuelas de otras fracturas de miembro inferior 0,75 %, dorsalgia no especificada 0,75 %, disfasia y afasia 0,68 %, gonartrosis no especificada 0,53 %, coxartrosis primaria bilateral 0,53 %, parálisis de Bell 0,45 %, espondilolistesis 0,38 % y linfedema no clasificado en otra parte con el 0,30 %.

4.2. Prueba de hipótesis

Por ser un trabajo descriptivo no será necesario la hipótesis (18)

4.3. Discusión de resultados

La figura 1 resume las enfermedades frecuentes del servicio de medicina física, se encontró 540 casos de radiculopatías en el género femenino, y en el género masculino encontramos 356 casos, haciendo un total de 896 de estos, que proporcionalmente es el 26,60 %. Varela (16) menciona que el género femenino es el más frecuente en enfermedades degenerativas y crónicas, como se demuestra en esta investigación, Sedano (62) también menciona que los adultos mayores, presentan alta frecuencia en síndromes geriátricos y enfermedades crónicas.

Tirado (7) al igual que Solano (28) concluyen que la frecuencia de enfermedades crónicas le pertenece al género masculino, lo cual no concuerda con la mayoría de las investigaciones, ya que el género de predominancia es el femenino. En el estudio de Martínez (25) se demostró afectación radicular en un total de pacientes por hernia discal en el adulto mayor. Coyle (26) señala la importancia de la rehabilitación física en deficiencias energéticas que está íntimamente relacionada con radiculopatías en el adulto mayor y concuerda con esta investigación, ya que la mayoría de casos son de radiculopatías en el adulto mayor, y estas estarían íntimamente ligadas a los trastornos del disco lumbar y otros con radiculopatía. En esta investigación se vio 300 casos del género femenino y 196 del masculino.

Solano (28) concluye que las hernias del disco lumbar, estaría desencadenando la protrusión del disco en el adulto mayor del género masculino, lo cual contrasta con esta investigación, pero que sería equivalente con la razón de que, los trastornos del disco lumbar tienen causas como

obesidad, degeneración y ocupación. Quispe (33) en su investigación, menciona que esta protrusión sería desencadenante para dolores lumbares, sin embargo, falta más investigaciones en diferenciación de trastornos del disco lumbar y lumbalgias entre sí, a pesar de estar ligadas ambas una de otra, en contraste como secuela o enfermedad y causa inicial.

Quispe (33) y Solano (28) denotan que las presentaciones de hernia lumbar con protrusión del núcleo pulposo, nuevamente son de alta prevalencia en el adulto mayor, facilitado por sobrepeso, entonces vemos que es una enfermedad común en los servicios de medicina física.

En los casos de presencia de implante ortopédico, la mayoría corresponde al sexo femenino, con un total de 305 diagnósticos y de 160 al sexo masculino, que según Terry et al. (76) son materiales biomédicos utilizados para reemplazo del hueso, en articulaciones dañadas, que como en nuestro medio encontramos con más prevalencia las implantadas al adulto mayor, en cuanto a fracturas de cadera que son las más frecuentes. Grijalva (70) en su investigación señala que son más frecuentes en el género femenino, en las que la fijación de clavo cefalomedular es el que más destaca, concordando con Carrero (71), quien indica que, la fijación endomedular es la más usada en fracturas intertrocantericas, seguidas por prótesis de rodilla.

En la tabla 1, vemos los diagnósticos de lumbago no especificado con 123 casos en el género femenino y 61 en el género masculino, que coincide con el estudio de Balarezo (30), siendo el lumbago no especificado con gran prevalencia de casos, al igual que Arce (29), quien demuestra que la discapacidad secundaria en el adulto mayor estaría influenciada por degeneración corporal propia del ser humano. Bendezú (31) también señala que la patología señalada, sería causa de invalidez para este grupo etario.

En los casos de síndrome del manguito rotador, hubo 93 casos en el género femenino y 60 en el masculino, puesto que los cambios degenerativos nuevamente en el adulto mayor, haría desencadenar cambios en la estructura osteo muscular y tejido conjuntivo del hombro, como menciona Pereira (39), y Navarrete (41), quienes indican que el músculo de más afectación sería el supraespinoso, lo cual desencadenaría en el adulto mayor, la ruptura total de

este músculo, teniendo más prevalencia en mayores de 60 años y con afectación contralateral, además, el factor de riesgo sería simplemente el hecho de ser adulto mayor como refiere Siguenza (40) y Huamán (38), que la prevalencia en causas degenerativas de la capsula articular, generaría tendinitis del manguito de los rotadores, además de artrosis glenohumeral.

En el sistema articular, se observó poliartrosis con 76 casos en el género femenino y 46 en el masculino, la prevalencia de artrosis es alta en el género femenino, encontrando casos de artrosis en miembro inferior prevalentemente a diferencia de otras investigaciones, siendo más prevalente en manos y rodillas en pacientes adultos mayores como lo describen Rodríguez (46) y Vargas (95), que concuerdan con nuestro trabajo, teniendo como factor común, a la obesidad y la edad respectivamente, que terminarían haciendo tendencia en disminución de su capacidad funcional, tanto por enfermedad de artrosis y artritis como lo concluyen.

Huaricallo (47) y Condo (96) en sus investigaciones, en trastornos del disco cervical, hallaron cervicalgia en 58 pacientes de género femenino y 63 del masculino. Nakasato (34) menciona en su estudio, que en el Perú, la quinta parte de la población tiene padecimiento crónico por cervicalgia, siendo más frecuente en el género femenino y en mayores de 40 años de edad, además sería causante de discapacidad en el adulto mayor, como también refiere Santa María (35).

En el sistema nervioso, los casos frecuentes de hemiplejia espástica que se tuvo en el presente estudio fueron 50 del género femenino, y 61 en el masculino, aquí, a diferencia de las enfermedades antes mencionadas, encontramos que el género masculino es más prevalente, al igual que en la investigación de Galeano (52), quien establece que el género masculino es más prevalente en adultos entre 50 y 64 años, siendo más frecuente la hemiplejia espástica de tipo isquémico, concordando con la investigación de Ortiz (49), en que el accidente cerebro vascular sería el causante de casos de hemiplejia a nivel mundial, y establece que los diagnósticos en el género femenino son más frecuentes.

Galeano (52) por su parte, incide en que las patologías asociadas como hipertensión arterial (una de las enfermedades desencadenantes de accidente cerebro vascular), estaría relacionado con tabaquismo y cardiopatías prevalentes en el género masculino, estableciendo así casos de hemiplejía. Como menciona Serrano (53), la fisiopatogenia de la hemiplejía está directamente relacionado con el accidente cerebro vascular, demostrando la efectividad del tratamiento fisioterápico en pacientes con hemiplejía.

En el sistema articular, el diagnóstico de gonartrosis primaria bilateral, se tuvo 66 casos en el género femenino y 40 en el masculino, del mismo modo, Quispe (43) reafirma la prevalencia de gonartrosis en los servicios de atención, y señala que solo asisten cuando el dolor se pone en manifiesto. Miranda (42) determinó que el gran factor de riesgo sería la sobrecarga establecida en la articulación de la rodilla, dada por el sobrepeso más que por la edad del paciente. Del mismo modo Amaningo (44), demuestra la relación entre masa corporal y artrosis, señalando que el factor de riesgo es el sobrepeso, que desencadenaría gonartrosis, por esto la importancia de establecer un programa de ejercicios que permitan tener constancia en la actividad física en el adulto mayor, como menciona Centeno (45).

La ausencia adquirida de mamas se presenta con 68 casos. Batallanos (97) habla de la prevalencia de cáncer de mama en mujeres mayores de 55 años, que lamentablemente existe una alta prevalencia de pacientes mastectomizadas que asisten a un servicio de medicina física, ya que las secuelas de esta enfermedad serían procedimientos invasivos como linfadenectomía, como también señala García (98) respecto a las edades en mujeres adultos mayores.

Los diagnósticos de lumbago con ciática se tuvo 29 casos en el género femenino y 25 en el masculino, lo cual significa una ínfima diferencia de géneros. Macías (32) afirma que la prevalencia de lumbago con ciática, seguida de lumbalgia y cervicalgia, no se atribuye a la edad como factor de riesgo, lo cual concordaría con Bendezú (31), afirmando que el 80 % de la población en general sufrirían de una lumbalgia a lo largo de la vida, convirtiéndose en un problema crónico y causa de discapacidad en el adulto

mayor, con una alta prevalencia en un servicio de medicina física y unidades de atención en salud, como también menciona también Zagal (23).

En los casos de disfonía, se encontró 34 casos en el género femenino y 18 en el masculino, Padilla (64) menciona que los factores de riesgo de disfonía están en los pacientes sometidos a tiroidectomía, y con más frecuencia se da en el género femenino, como prevalencia de disfunción un 34 %, aunque menciona que un factor de riesgo sería el sexo masculino, sin embargo, Eihendi (63) manifiesta que la prevalencia de este trastorno, sería la profesión y el uso excesivo de la voz, trastorno esofágico también, visto en pacientes referidos del servicio de otorrinolaringología.

La hemiplejía flácida se presentó 15 casos en el género femenino y 36 en el masculino. Barroyeta (51) manifiesta que la hemiplejía flácida es de instalación rápida, con hipotonía muscular y de peor pronóstico si llega a instaurarse, y si dura mucho la primera fase de accidente cerebro vascular, siendo la tercera causa de muerte en países desarrollados, sin embargo, Ortiz (49) expresa que la prevalencia de casos es más frecuente en el género femenino, siendo más afectado el hemicuerpo izquierdo en un 52,8 %.

Los diagnósticos de parálisis de Bell dio como resultado 43 casos del género femenino (87,8 %) y solo 6 casos del género masculino (12,2 %). Leyes (58) refiere de 186 casos con diagnóstico de parálisis de Bell, el 63 % le corresponde al género femenino y el 37 % al masculino, siendo el lado izquierdo de afectación. Ramírez (56) hace hincapié que la frecuencia de casos disminuye en pacientes de más de 71 años, lo cual no concordaría con la guía de práctica clínica, diagnóstico y manejo de la parálisis facial periférica de Bell, Perú (57) que señala, que existe frecuencia en ambos sexos, frecuente en el adulto mayor de 70 años de edad, teniendo como factores de riesgo diabetes mellitus e infecciones del tracto respiratorio.

El diagnóstico de estenosis espinal se observó en 22 casos de pacientes del género femenino y 26 en el masculino. Quispe (33) en su investigación evidenció prevalencia en el género masculino. Arce (29) en su estudio señala que prevalecería el género femenino, talvez se explicaría debido a causas degenerativas de la estructura de la espina vertebral en el adulto mayor, ya

que Bendezú (31) reitera que el 80 % de la población padecería en algún momento de su vida lumbalgias y añadido a esto la degeneración de las estructuras articulares. Valles (36) especifica que la causa para realizar una laminectomía es la estenosis lumbar.

se presentó 11 casos de la enfermedad de Parkinson en el género femenino y 29 en el masculino, esto es explicado como prevalencia en el género masculino, en la investigación de Alvarado (55) se aprecia mayor prevalencia en pacientes con edad avanzada. Condor (54) respalda la prevalencia del género masculino en afectación y la frecuencia de casos en el adulto mayor.

También se observa 12 casos en el género femenino y 26 casos en el masculino de secuelas de aplastamiento y amputación traumáticas de miembro inferior, esta diferencia se debería a dos factores que influyen en la amputación, primero como menciona Evensperger (99) en su investigación de características del paciente traumático, quien comenta que los pacientes amputados fueron por accidentes de tránsito, en una edad promedio de 33 años de edad y pertenecen al género masculino. Asimismo, muestra la prevalencia de amputaciones en pacientes con pie diabético, por enfermedad vascular periférica, con una edad promedio 61 a 75 años (100).

Dueñas (101) por su parte también concuerda con Arroyo (102), acerca del género, y de la causa de amputación y enfermedad neuropática como causal, sin embargo Arguello (103) deja claro que la prevalencia de la causa de amputación, son congénitas en un 54,55 % y de causas traumáticas un 66,67 %, que tendría que ver con la edad del paciente, sin embargo, Aquino (100) concuerda en que los pacientes de más de 50 años sufriría amputación por enfermedad vascular, prevaleciendo el género masculino, quien también manifiesta que los pacientes amputados padecen de diabetes mellitus tipo 2, pero Barreto (104), en su estudio prevalece el género femenino en pacientes amputadas que también tienen diabetes tipo 2, cambia radicalmente en su prevalencia de género, de la cual la mayoría concuerda en razón al género más prevalente, dado la edad de los pacientes del presente estudio, se le atribuiría la enfermedad vascular como una de las causas de amputaciones, que atribuido a accidentes de tránsito.

Luego se tuvo los casos de Linfedema con 33 diagnósticos frecuentes en el género femenino y cuatro en el masculino, Román (68) menciona que el nivel de conocimiento en pacientes encuestados es bajo en cuanto tratamiento, eficacia, medidas de prevención, educación etc., acerca de linfedema, es por ello, la importancia de crear programas acorde al déficit visto en los estudios e investigaciones como la presente, para lograr un aporte de conocimiento. Las investigaciones de Miguel (67) determinó que la incidencia de linfedema con biopsia del ganglio centinela fue de 13,8 % y de 43,6 % en linfadenectomía.

En los casos de espondilolistesis se nota una mayor población en el género femenino con afectación de 29 casos y 5 de género masculino. Calagani (79) explicaría su causa en la degeneración del disco, propia a la edad del paciente y la sobrecarga de las facetas como respuesta con la creación de osteofitos, puesto que también intentan estabilizarla, en suma, el género femenino y el peso aunado a esta condición sería el agravante de esta condición (79).

En las secuelas de otras fracturas de miembro inferior se tiene 20 casos de género femenino y 10 del masculino, aquí las fracturas del miembro inferior en el adulto mayor cobran importancia real, ya que la prevalencia de fracturas de cadera es alta, como mencionan Hilario (105) y Montjoy (106), coincidiendo con Julca (107), en que las fracturas intertrocantericas son las más frecuentes en el género femenino y la edad más avanzada.

Las gonartrosis no especificada se presenta en 22 casos del género femenino y siete en el género masculino. Miranda (42) establece que el factor de riesgo es atribuido a obesidad y a diferencia de este trabajo, menciona que se da con más frecuencia en el género masculino, coincidiendo con Amaningo (44) en la relación masa corporal y artrosis.

La dorsalgia se muestra en 19 casos para el género femenino y 10 para el masculino, Santos et al (24) reporta el dolor de la columna vertebral como frecuente en pacientes de más de 60 años, y coincide con este estudio en que, los casos con mayor incidencia se dan en el género femenino.

La paraplejía flácida se presenta en 10 casos para el género femenino y 14 para el masculino. Torres (61) hace mención que la prevalencia de esta lesión

es en pacientes de más de 62 años, en su investigación en una muestra de 275 pacientes: el género masculino fue más predominante con 184 casos y de género femenino 91 casos, en concordancia con Padilla (60), que refiere que en su investigación fue el género masculino de más predilección y que la edad mayor a 50 años de edad es más notable.

En trastornos del disco cervical se tuvo 10 casos en el género femenino y 13 en el masculino. Macías (32) en su trabajo investigativo concluye que después de lumbalgia los casos de patología cervical son más frecuentes en un estudio de gran concurrencia de población, de la misma manera refiere Zagal (23), como patología músculo esquelética con más frecuencia después de patologías lumbares.

En disfasia y afasia se presenta 14 casos del género femenino y 9 del masculino, a diferencia de este trabajo, Sedano (62) en su estudio, refiere más prevalencia del género masculino, en edades de 50 a 79 años, con afasia severa, manifiesto en pacientes con accidente cerebro vascular. Gonzales (66) de la misma manera atribuye a la afasia como secuela de accidente cerebro vascular, quienes muestran alta probabilidad de trastornos del lenguaje *post* ACV, siendo más frecuente en pacientes de 75 y 85 años, Castillo (50) respalda en que el ACV isquémico es el más prevalente, pero la edad determina que es más frecuente en pacientes de más de 65 años, entonces concluye Vergara (65), que en la prevalencia de alteraciones del lenguaje, el 51 % se dio en el género masculino en una edad 71 a 80 años, mostrando nuevamente la prevalencia de frecuencia de ACV en un 51,5 % en trastornos del lenguaje.

En lesión del hombro se tuvo 10 casos de género femenino y 13 de género masculino, Yanac (108) concuerda que en el género masculino, es más frecuente en etiología de hombro doloroso, teniendo una edad promedio de 62 años y un máximo de 92 años de edad, miembro superior derecho más frecuente, contradicho por Guillen (37) quien refiere el lado derecho en predominio de lesión del hombro, en 60 casos con una edad promedio de aparición de 56 años, y con 33 % de casos con patología degenerativa y disminución del espacio sub acromial, demostrando que la edad del adulto mayor es definitiva para la aparición de patologías degenerativas.

Se observa cinco casos de rehabilitación cardiaca en el género femenino y 16 en el masculino en el presente trabajo, aquí vemos una congruencia relativa en cuanto al género con el estudio de Céspedes (74) quien atribuye al masculino como más frecuente, y edad de pacientes con 71 años en un programa de rehabilitación cardiaca, siendo de importancia porque demuestra efecto positivo en incremento del volumen de oxígeno. De la misma manera Trejos (73) disminuye un poco la edad del paciente entre 59 a 74 años, coincidiendo ambos en que un programa de rehabilitación cardiaca mejorará la capacidad funcional, respiratoria y hemodinámica del paciente.

En el síndrome *post* laminectomía se presenta 9 casos de género femenino y 12 del masculino. Valles (36) manifiesta que las causas de intervención quirúrgica en laminectomía son por estenosis lumbar, prevalece 60 % y 80 % en estos pacientes el dolor lumbar, lo cual concordaría con los estudios de Lafian (109) quien mantiene que la causa de estenosis lumbar y frecuencia de dolor en el adulto mayor es común.

En los casos de coxartrosis se manifestó 13 en el género femenino y siete en el masculino como también concuerda Vargas (95), que el género femenino es más frecuente sin importar la localización. Condo (96) hace hincapié en la edad promedio, es de prevalencia 60 a 65 años y en el género femenino también. Rodríguez (46) manifiesta que a pesar de que la prevalencia de artrosis está en manos y rodillas, el aumento de peso incidirá en la frecuencia de artrosis de cadera además, coincide en los estudios anteriores de que el género femenino es el más vulnerable.

En la figura 13, se muestran los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, en el Servicio de Medicina Física del Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguí Escobedo”, EsSalud – Arequipa 2019, corresponde a: rehabilitación cardiaca con 21 casos (0,6 %) (presencia de implantes funcionales con 465 casos (13,81 %), y de ausencia adquirida de mamas con 68 casos (2,02 %).

En las características demográficas de las enfermedades frecuentes del Servicio de Medicina Física del Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguí Escobedo”, EsSalud – Arequipa 2019, con una concurrencia de 2 039 casos

del género femenino marcó un porcentaje de 60,54 % y una concurrencia de 1 329 casos del género masculino con un porcentaje de 39,46 %.

Por último, podemos afirmar que la mayoría de estudios que se han investigado están de acuerdo en que los servicios de medicina física y rehabilitación, existe una gran afluencia de pacientes adultos mayores a quienes presentan enfermedades crónicas, con mayor prevalencia en el género femenino. En el presente estudio, se ha dilucidado los casos de radiculopatía en el sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, con un 61,8 % y como en la mayoría de investigaciones, se ve al lumbago no especificado con un 5,5 %, siendo las doce primeras enfermedades pertenecientes a este sistema, un problema común, llegando a ser discapacitantes. Las enfermedades del sistema nervioso que proporcionalmente es el 10,4 %, son también más casos del género masculino, por lo que genera nuestra atención en esta población del adulto mayor: hemiplejía espástica con 55 %, hemiplejía flácida 70,6 % y Parkinson con 72,5 %.

La importancia del conocimiento de los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud son el 16,4 % de casos que deberían ponerse más atención, ya que hemos encontrado muchos diagnósticos con presencia de implantes funcionales con 13,8 %, por lo que se deduce que, las alteraciones funcionales, orgánicas y enfermedades preexistentes y degenerativas, tendrían gran influencia para ver casos frecuentes como estos. El conocimiento acerca del género en la medicina física, (por discapacidad), es importante, siendo en este estudio el predominio del género femenino, porque este género llega a edades de más longevidad a diferencia del género masculino y además, por la fragilidad incrementada en índices de masa ósea.

Siendo necesario como en este estudio, incorporar la clasificación Internacional de Enfermedades, que indican como se encuentra el estado del paciente y el tratamiento acorde a su edad. En medicina física, el servicio estará más orientado al tratamiento, en base a impedimentos o discapacidades que de estas se puedan desencadenar. Siendo así la importancia del conocimiento de enfermedades frecuentes que aquejan al adulto mayor en un servicio de medicina física.

Conclusiones

1. Las enfermedades frecuentes del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo del adulto mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional "Carlos Alberto Seguín Escobedo" EsSalud Arequipa, 2019, fueron; radiculopatía 26,6 %, trastornos del disco lumbar y otros con radiculopatía 14,7 %, presencia de implante ortopédico 13,8 % y lumbago no especificado 5,5 %. El porcentaje total de enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo fue de 61,8 %.
2. Las enfermedades frecuentes del sistema articular del Adulto Mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional "Carlos Alberto Seguín Escobedo" EsSalud Arequipa, 2019, fueron; Síndrome del manguito de los rotadores 4,5 %, poliartritis 3,6 %, gonartrosis primaria bilateral 3,1 %, y gonartrosis no especificada 0,9 % respectivamente. El porcentaje total de Enfermedades del Sistema Articular fue de 8,2 %
3. Las enfermedades frecuentes del sistema nervioso del Adulto Mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional "Carlos Alberto Seguín Escobedo" EsSalud Arequipa, 2019, fueron; hemiplejía espástica 3,3 %, disfonía 1,5 %, hemiplejía flácida 1,5 %, y parálisis de Bell 1,5 %. El porcentaje total de Enfermedades del Sistema Nervioso fue de 10,4 %
4. La enfermedad frecuente del Sistema Circulatorio del Adulto Mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional "Carlos Alberto Seguín Escobedo" EsSalud Arequipa, 2019, fue linfedema 1,1 %.
5. Los casos frecuentes de secuelas de aplastamiento y amputación traumáticas de miembro inferior del Adulto Mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional "Carlos Alberto Seguín Escobedo" EsSalud Arequipa, 2019, fueron: secuelas de aplastamiento y amputación traumáticas de miembro inferior 1,1 % y secuelas de otras fracturas del miembro inferior 0,9 % respectivamente. El porcentaje total de enfermedades del sistema articular fue de 2.0 %
6. Los casos frecuentes de los factores que influyen en estados de salud y Servicios de Salud del Adulto Mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional "Carlos Alberto Seguín Escobedo" EsSalud Arequipa,

2019, fueron: rehabilitación cardiaca 0,6 %, presencia de implantes funcionales 13,8 % y de ausencia adquirida de mamas 2,0 %. El porcentaje total de los casos frecuentes de los factores que influyen en estados de salud y servicios de salud fue de 16,4 %

7. Las características demográficas más sobresalientes, se dieron en referencia al género femenino, del adulto mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional "Carlos Alberto Seguí Escobedo" EsSalud Arequipa, 2019, se evidencio más frecuencia en el género femenino 60,5 % respecto al masculino 39,5 %.

Recomendaciones

1. Se recomienda desarrollar trabajos de investigación referente a enfermedades frecuentes como lo son; radiculopatía, trastornos del disco lumbar y otros con radiculopatía y presencia de implante ortopédico. prevención y promoción de fisioterapia.
2. Se sugiere educar a la población adulta mayor, por parte de los profesionales del Servicio de Medicina Física del Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguin Escobedo” EsSalud – Arequipa, explicando los factores de riesgo con relación a la obesidad y daño articular en todos los servicios de rehabilitación física. prevención y promoción de fisioterapia.
3. Desarrollar un registro de enfermedades del sistema nervioso en el Servicio de Medicina Física del Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguin Escobedo” EsSalud – Arequipa, identificando el género del paciente y factores de riesgo asociados, prevención y promoción de fisioterapia.
4. Implementar talleres dirigidos por los profesionales del Servicio de Medicina Física del Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguin Escobedo” EsSalud – Arequipa, explicando al paciente los factores que están ocasionando la linfedema para que de este modo se pueda lograr adherir al paciente a su tratamiento fisioterápico en base a información acerca de eficacia de tratamiento, prevención y promoción de fisioterapia.
5. Se recomienda tener un registro debidamente claro de los casos de secuelas de aplastamiento y amputación traumática, como también los cuidados del miembro residual. Registro de los casos de secuelas de otras fracturas de miembro inferior, en donde resalte el diagnóstico y establezca el daño en el tejido blando. Prevención y promoción de fisioterapia.
6. Desarrollar un boletín informativo dirigido a los profesionales del Servicio de Medicina Física, acerca de los casos frecuentes de factores que influyen en los estados de salud y contacto con los servicios de salud, para conocer los casos frecuentes de estos, dándole la debida atención al caso más frecuente, que como el caso de la presente investigación fue Presencia de Implante Funcional. Prevención y promoción de fisioterapia.

7. Se propone implementar un registro de enfermedades frecuentes del Adulto Mayor en el Servicio de Medicina Física del Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguin Escobedo” EsSalud – Arequipa, y registro de características demográficas en base al género, comparándolo con años posteriores y poder comprender mejor las necesidades contractuales en los procesos de atención del adulto mayor. Prevención y promoción de fisioterapia.

Referencias Bibliográfica

1. INEI. Situación Poblacional del Adulto Mayor. Informe Tecnico. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima; 2021.
2. Perú IdEdTdSeEd. Guía de Practica Clínica sobre Intervenciones de Mantenimiento de Salud para Adultos Mayores en el Primer Nivel de Atención. 2020 Diciembre..
3. Herrero S. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. Scielo. 2016 agosto; 10(2).
4. OMS Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra Suiza: World Health Organization; 2015. Report No.: OMS: WHO/FWC/ALC/15.01.
5. Cieza GD, Cieza LA. Factores asociados a mortalidad a 7 años en adultos mayores que viven en una comunidad de un distrito Limeño un estudio longitudinal. 2020..
6. Suclupe VG, Ortogorin R. Calidad de atención y satisfacción del usuario del Servicio de terapia física y rehabilitación de un Centro privado. Lima;; 2019 Enero.
7. Tirado EL, Tola TK, Brito RD. Frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor de los centros geriátricos de Cuenca. 2015..
8. Quinto MJ. Barreras de acceso para la atención de salud en pacientes con discapacidad motora en el Hospital de Rehabilitación del Callao. Lima;; 2018.
9. Arias EL. Percepción de calidad de atención de los usuarios del servicio de medicina física y rehabilitación de la clínica San Juan de Dios. 2018..
10. Torres D. Factores asociados a la satisfacción del usuario externo en un centro de terapia física y rehabilitación. 2020..
11. Villalobos LM. Factores asociados a la participación social de los adultos mayores en las actividades institucionales del CAM. 2015..
12. Zambrano LM. Autonomía Profesional del Fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en sus decisiones de competencia en un Policlínico Privado. Lima;; 2018.
13. Zintchouk D. Geriatrician-performed comprehensive geriatric care in older adults referred to a community rehabilitation unit: A

randomized controlled trial. European Journal of Internal Medicine. 2018 febrero; 51.

14. Conislla JJ, Goicochea K, Gutierrez KA. Validación de un cuestionario de conocimientos, actitudes y práctica en fisioterapia basada en la evidencias en fisioterapeutas del Perú. Lima;; 2021.
15. Acosta CE, Cuba MV, Rivera AFP, Ynami VA. Evaluación económica y social de propuesta integral de atención de enfermedades crónicas para un envejecimiento exitoso en pacientes adultos. Lima;; 2019 Agosto.
16. Varela L. Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú. Rev. perú. med. exp. salud publica. 2015 octubre; 32(4).
17. Correa E. Sistema de ejercicios físicos para la atención al adulto mayor con artrosis leve de rodilla en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. Guayaquil;; 2017.
18. Hernández R, Fernández C, Baptista MdP. Metodología de la investigación. Sexta ed. Castellanos MÁT, editor. Mexico: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. DE C.V.; 2014.
19. Rivera IE, Ordoñez IR. Frecuencia y característica de la demanda asistencial del servicio de medicina física y rehabilitación de un hospital de la región del Callao. Callao;; 2018.
20. Barahona EC. Revisión de patologías músculoesqueléticas en la ciudad de Ambato periodo 2015 - 2016. Ambato;; 2017 Octubre.
21. Valdivieso LE. Prevalencia de patologías músculoesqueléticas en las unidades de atención pública del Canton Baños. Ambato;; 2017 Agostp.
22. Lomeli A. Perfil Epidemiológico del Servicio de Medicina Física de Rehabilitación de Medica Sur. Revista de Investigación Medica Sur. 2014 Junio.
23. Zagal IK. Prevalencia de las patologías músculoesqueléticas en las unidades de salud públicas y privadas del canton Saquisili en el periodo 2015 -2016. Ambato;; 2017 Junio.
24. Santos L, Madeira K, Longen W. Prevalencia del dolor espinal autoinformado en Brasil resultado de la investigación nacional en salud. 2017 Setiembre; 16(3).

25. Martínez B. Patrón electromiográfico en la sacrolumbalgia, por hernia discal en la tercera edad. Multi med. Revista Medica. Granma. 2016 agosto.
26. Coyle P. Energy Impairments in Older Adults With Low Back Pain and Radiculopathy: A Matched Case-Control Study. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2018 abril; 99(11).
27. Flores LC. Relación de discapacidad y la calidad de vida del adulto mayor con lumbalgia que asisten al servicio de rehabilitación del hospital III Juliaca 2019. Juliaca;; 2019.
28. Solano PJ, Avila LA. Prevalencia de Hernia del Disco de la Columna Lumbar diagnosticado por resonancia magnética en el hospital José Carrasco Arteaga IESS Canton. 2015..
29. Arce Y. Apreciación de discapacidad física por lumbalgia aplicando la escala de "Oswestry" en correlación con la escala de "roland y Morris en pacientes adultos del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Reategui de Piura. ; 2018.
30. Balarezo MA. Prevalencia de las patologías músculoesqueléticas en las unidades de atención al público y privado en la parroquia Puyo. Ambato;; 2017 Julio.
31. Bendezú G. Lumbalgia crónica como causa de discapacidad en el adulto mayor en el servicio de medicina física y rehabilitación del hospital San José del Callao entre enero y junio de 2018. ; 2018.
32. Macias DD. Incidencia de lesión músculoesquelética en la columna vertebral en militares en servicio activo que pertenecen a la ESFORCE. Ambato;; 2017 Octubre.
33. Quispe JE. Hernia del núcleo pulposo a través de resonancia magnética en columna lumbar. Lima;; 2018.
34. Nakasato T, Camacho G. Prevalencia de dolor cervical crónico en Perú. Lima;; 2016.
35. Santa María A, Locumber N. La discapacidad y su relación con el dolor cervical en pacientes del servicio de medicina física en un hospital del Callao. Callao;; 2018.
36. Valles SE. Tratamiento Fisioterapico en Laminectomía Lumbar. Lima;; 2018.
37. Guillen A. Correlación clínica y ecográfica del desgarro del tendón supraespinoso en pacientes con síndrome de hombro doloroso del

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación Del Hospital Goyeneche. Arequipa;; 2018.

38. Huamán M. Factores de riesgo y su relación con el síndrome de hombro doloroso en pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Física de un Hospital de Lima. ; 2018.
39. Pereira ML. Prevalencia de la lesión del manguito rotador en pacientes con hombro doloroso, evaluados por ecografía en el servicio de radiología del hospital Cayetano Heredia. Lima;; 2019.
40. Siguenza NC, Cadena LA. Prevalencia del síndrome del manguito rotador y factores de riesgo en adultos de las parroquias de Bellavista. Cuenca;; 2017.
41. Navarrete K. Prevalencia del síndrome del manguito rotador y características del programa de rehabilitación en pacientes de la meseta de los pueblos atendidos en el hospital de Mosaya. Mosaya;; 2016.
42. Miranda CA. Prevalencia de gonartrosis y factores asociados en Pacientes Militares en el Centro de Especialidad del Cuerpo de Infantería de la Marina. Guayaquil;; 2018.
43. Quispe CA. Nivel de dolor, dificultad del equilibrio y coordinación y su relación con la gonartrosis en el servicio de medicina física y rehabilitación hospital Dos de Mayo. Lima;; 2017.
44. Amaningo C. Factores demográficos y socioculturales relacionados a la artrosis de rodilla en pacientes adultos atendidos en el servicio de medicina física y rehabilitación de un Hospital Público de Lima-2020. Lima;; 2020 noviembre 5.
45. Centeno N. Influencia de los ejercicios propioceptivos en la gonartrosis en los adultos mayores que acuden al departamento de medicina física del hospital regional honorio Delgado Espinoza - Arequipa. ; 2020.
46. Rodríguez D. Prevalencia de artrosis, calidad de vida y dependencia en una muestra aleatoria poblacional en personas mayores de 40 y más años de edad. Coruña;; 2017.
47. Huaricallo E. Relación de las patologías degenerativas articulares con la dimensión de la capacidad funcional del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa. ; 2019.

48. Sánchez R. Perfil epidemiológico de adultos mayores en los Cantones Quero y Cevallos de la provincia de Tungurahua. Ambato;; 2017.
49. Ortiz OD, Santos KE. Logro de la independencia funcional de los pacientes con accidente cerebro vascular tipo hemiplejico post tratamiento fisioterapéutico en Hospital de Rehabilitación. Lima;; 2018.
50. Castillo FJ. Comportamiento Clínico y epidemiológico de los pacientes con accidente cerebro vascular en el servicio de Medicina Interna del Hospital Juan Antonio Brenes Palacios. Managua;; 2019.
51. Barroyeta DDV. Tratamiento neurocognitivo y rehabilitación en paciente hemipléjico. Lima;; 2018.
52. Galeano NA. Factores asociados a la independencia funcional alcanzada en pacientes hospitalizados con evento cerebro vascular en el hospital de rehabilitación Aldo Chavarria. ; 2016.
53. Serrano HR. Fisiopatología de la hemiplegia en adultos, un análisis fisioterapéutico. Riobamba;; 2019.
54. Condor IR, Atencio J, Contreras CR. Características Clínico Epidemiológicas de la enfermedad de Parkinson en un Hospital Nacional de la Sierra Peruana. Revista de la facultad de Medicina Humana. 2019 Octubre.
55. Alvarado A. Estimación de la Prevalencia de la enfermedad de Parquinson en Extremadura. Extremadura;; 2016.
56. Ramírez A. Frecuencia de la Paralisis de Bell en un Centro de Rehabilitación Integral en un municipio de la Ciudad de Queretaro. Investigación en Discapacidad. 2018 Abril; 7.
57. Dirección Ejecutiva de Investigación DyRlefml"ARF. Guía de práctica clínica, diagnóstico y manejo de la Paralisis Facial Periférica de Bell (paralisis facial idiopatica), Perú. Callao;; 2012 Noviembre.
58. Leyes CA, Lozano SS. Prevalencia de paralisis facial en pacientes que acudieron al Centro Clínico Quirúrgico ambulatorio Hospital Dia Norte Tarqui. Guayaquil;; 2016 Marzo.
59. Licetti R. Diferencia en la escala de Asia después de un tratamiento rehabilitador en pacientes con lesión medular incompleta traumática en el Instituto Nacional de Rehabilitación. Revista Peruana de Medicina Integrativa. 2018; 3(1).

60. Padilla MR. Tratamiento rehabilitador del paciente con lesión medular y nivel de independencia funcional alcanzada durante Hospitalización en el Hospital de Rehabilitación, Aldo Chavarría. 2015..
61. Torres MA. Aspectos Epidemiológicos de la Lesión medular en el Hospital Nacional de Paraplégicos. Toledo;; 2018.
62. Sedano G, Rodriguez P. Epidemiología, rehabilitación y pronóstico de las afasias. Revista herediana de rehabilitación. 2016.
63. Eihendi W, Caravaca A, Santos S. Estudio epidemiológico de pacientes con disfonía funcional. 2012.
64. Padilla HI. Factores de riesgo de disfonía en pacientes sometidos a tiroidectomía total en un Hospital Metropolitano de Quito. Quito;; 2019.
65. Vergara E. Prevalencia de alteraciones del lenguaje en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de una clínica de Sincelejo. Sincelejo;; 2018 Noviembre.
66. Gonzalez F. Incidencia, características epidemiológicas y desenlace funcional de pacientes con ataque cerebro vascular y trastornos del lenguaje adquirido, (afasia). Santiago;; 2015 Marzo.
67. Miguel C. Incidencia de Linfedema en cáncer de mama precóz, diferencias entre biopsia de ganglio centinela y linfadenectomía. Madrid;; 2017.
68. Román CR. Diseño de un programa de linfedema en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima;; 2017.
69. Handoll H. Rehabilitation for distal radial fractures in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015 septiembre;(9): p. cd003324.
70. Grijalva RE. Comportamiento clínico en pacientes con fractura intertrocanterica atendidos en el hospital escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua;; 2018.
71. Carrero R. Experiencia del manejo quirúrgico de las fracturas intertrocantericas en pacientes ingresados al hospital Antonio Lenin Fonseca. Managua;; 2015 Marzo.
72. Orozco PA. Artroplastía total de cadera. ; 2015 Marzo.

73. Trejos JA. Efecto de un Programa de Rehabilitación Cardíaca fase II, en el mantenimiento de los componentes de la capacidad física de los pacientes con enfermedades cardiovasculares después de al menos 1 año de egreso. ; 2016.
74. Cespedes R, Perez ADP. Efectividad de la Fase II del Programa de Rehabilitación Cardíaca en la fracción de eyección en pacientes pos infarto agudo al miocardio del Hospital Militar Coronel Luis Arias Schreiber. Lima;; 2019.
75. Kottke F, Lehmann J. Krusen Medicina física y rehabilitación. Cuarta edición ed. Boxana MC, editor. Madrid: Editorial médica Panamericana S.A.; 1993.
76. Terry S, Daugherty K, Jones L. CAMPBELL Cirugía Ortopédica. Novena Edición ed. Mendizábal JÁ, editor. Madrid: Harcourt Brace de España ,S.A.; 2004.
77. Salud OPdl. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 2018th ed. Mexico C, editor. Washington; 2018.
78. Cotran R, Kumar V, Robbins S. Patología Estructural y Funcional. 4th ed. Madrid: Interamericana. McGraw - Hill; 1990.
79. Calcagni , Ramírez J. Compendio de Patología de Columna Vertebral SILACO. Primera ed. SILACO , editor. Autónoma de Buenos Aires – CABA. : SAPCV; 2017.
80. Lawrence M, Tierney J, Stephen J, McPhee , Maxine A, Papadakis. Diagnóstico clínico y tratamiento. 38th ed. Mexico: El Manual Moderno, S.A. de C.V; 2003.
81. Rodés J, Carné X, Trilla A. Manual de terapéutica médica Edición 1, editor. Barcelona: Masson; 2002.
82. Pedroza A. Compendio de Neurocirugía. Primera Edición Corregida ed. Pedroza A, editor. Cali: Fundación Proneurocirugía; 2004.
83. Ministerio de Salud Chile. Manual de Geriatría para Médicos. Primera Edición ed. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública; 2019.
84. Kane R, Ouslander J, Abrass I. Principios de Geriatría Clínica. Octava edición ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 1997.

85. Gonzales JF, Pichardo A, Garcia L. Geriatria De Leon J, editor. Mexico: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES. S.A.; 2009.
86. Moore K, Dalley A, Agur A. Anatomia con Orientacion Clinica. 7th ed. Wilkins LWy, editor. Barcelona: Walters Kluwer Healts, S.A.; 2013.
87. Rubens J, Geraldo J. Fisioterapia Geriatrica Ltda. EM, editor. Aravaca: McGRAW-HIL INTERAMERICANA DE ESPAÑA. S.A. U.; 2005.
88. Surós J, Surós A. Semiologia Médica y Técnica Exploratoria. 7th ed. Batlo S, editor. Barcelona: Salvat Editores; 1987.
89. Stein JH. Medicina Interna Diagnóstico y Tratamiento. Tercera Edición ed. Stein JH, editor. Argentina: Editorial Medica Panamericana; 1995.
90. Superior CdIplE. Generalidades sobre Envejecimiento, Vejez y Personas Mayores. 2020..
91. Innovación GdEMdCe. Real Academia Nacional de Medicina de España Diccionario de terminos médicos. 2012..
92. Santos del Riego S. Medicina física & rehabilitación. Primera ed. Saude; 2007.
93. EsSalud. Manual de procesos y procedimientos de medicina física y rehabilitación. 2020..
94. Canales F, Pineda EB, Alvarado EL. Metodología de la Investigación, Manual para el Desarrollo del Personal de Salud. 1994..
95. Vargas CA. Prevalencia y Factores de riesgo asociados a osteoartritis en pacientes atendidos por consulta externa del Hospital Jose Agurto Tello de Chosica. Lima;; 2016.
96. Condo LM. Prevalencia de enfermedades músculoesqueléticas reumatológicas en el adulto mayor 60 - 80 años de la Clinica San Juan de Dios. Arequipa;; 2017.
97. Batallanos MM. Factores Asociados en cancer de mama en mujeres post menopausicas del Hospital Dos de Mayo. Lima;; 2018.

98. Garcia GP, Unan AR. Efecto de un programa grupal de fisioterapia oncológica en la capacidad funcional del miembro superior afectado post mastectomizadas en un Hospital de Lima. Lima;; 2017 Octubre.
99. Evensperger C, Méndez ER. Características del paciente con amputación traumática. ; 2018 Abril.
100. Aquino EE. Prevalencia y tratamiento del pie diabético en pacientes del Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa;; 2015.
101. Dueñas HG. Factores de riesgo de recurrencia del pié diabetico en el Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa;; 2016.
102. Arroyo W. Nivel de conocimiento del autocuidado de los pies en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del consultorio de pie diabetico del Hospital III Yanahuara febrero 2019. 2019..
103. Arguello P. VS. Evolución de la calidad de vida relacionada con el uso protésico mediante la aplicación del prosthesis Evaluación Questionnaire en pacientes amputados de miembro inferior que acuden al area de Rehabilitación Fisica de la fundación Hermano Miguel. Quito;; 2018.
104. Barreto JA. Prevalencia de amputación mayor y menor del pie diabetico en pacientes de 40 70 años, Hospital de especialidades Guayaquil, Dr. Abel Gilbert Pantón. 2015..
105. Hilario GE. Fractura de cadera en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión". Huancayo;; 2016.
106. Montjoy WA. Prevalencia de Fracturas de cadera en pacientes mayores de 65 años, atendidos en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil. Guayaquil;; 2018.
107. Julca SS. Características Epidemiológicas y clinicas del adulto mayor con fractura de cadera en el Hospital Regional de Huacho. Huacho;; 2019.
108. Yanac RC. Factores clinico epidemiológicos del síndrome de hombro doloroso en pacientes hemiplejicos; Instituto Nacuinal de Rehabilitación. 2015..
109. Lafian A. Lumbar Spinal Stenosis in Older Adults. Rheumatic Disease Clinics of North America. 2018 junio; 44(3).

110. Gutierrez RD. Rendimiento Fisico y su relación con calidad de vida, en los pacientes adulto matores urbanos y rurales atendidos en el Hospital III. 2019..
111. Amaro K. Grado de satisfacción del paciente al programa fisioterapéutico ambulatorio del servicio de rehabilitacion cardiovascular del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima;; 2017.
112. Begazo TFdM. Factores de riesgo asociados a la hospitalización de pacientes que sufren accidentes de transito en el Hospital "Jose Casimiro Ulloa". Lima;; 2018.
113. Sanchez EV. La Amputación y su Rehabilitación Vela SEV, editor. México: Intersistemas S.A de C.V. Editores; 2016.
114. Cabrera MJ. Calidad de vida en salud en individuos amputados de extremidad inferior con protesis del Instituto Nacional de Rehabilitación, Pedro Aguirre Cerda. Santiago;; 2016 Setiembre.
115. Custodio N, Becerra Y, Cruzado L, Castro S, Montesinos R, Bardales Y, et al. Nivel de Conocimiento sobre Demencia Frontotemporal en una muestra de médicos que evaluan regularmente a pacientes con demencia. Revista Chilena de Neuro Psiquiatria. 2018; 56(2).
116. Richard RC. Situación Poblacional del Adulto Mayor. Informe Técnico. Lima: Intituto Nacional de Estadística e Informatica Perú., Lima; 2021. Report No.: 2.
117. Cécile Blouin ETRMO. La Situación Poblacional de la Poblacion Adulta Mayor en el Perú, Camino a una nueva Política. 2018 Octubre. ideh@pucp.edu.pe.

Anexos

Anexo 1. Operacionalización de Variables

Variables	Indicadores	Valores Finales	Tipo de variable
<p>Enfermedades Frecuentes del Adulto Mayor en el Servicio de Medicina Física</p> <p>Definición Conceptual</p> <p>Número de veces que aparece la enfermedad en personas adultas mayores</p>	<p>Patologías de la Columna Cervical, Dorso Lumbar, Músculo esqueléticas, neurológicas, Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo.</p>	<p>Sistema Osteomuscular y Tejido conjuntivo</p> <hr/> <p>Sistema Articular</p> <hr/> <p>Sistema Nervioso</p> <hr/> <p>Sistema Circulatorio</p> <hr/> <p>Secuelas de Traumatismos de Miembro Inferior</p> <hr/> <p>Factores q Influyen en el estado de Salud y contacto con los Servicios de Salud</p>	<p>Cuantitativa Nominal</p>

Anexo 2. Matriz de consistencia

Título: Enfermedades Frecuentes del Adulto Mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguin Escobedo”.

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variables	Metodología
¿Cuáles son las enfermedades frecuentes en el adulto mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguin Escobedo” EsSalud - Arequipa 2019?	Conocer las Enfermedades Frecuentes del Adulto Mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguin Escobedo” EsSalud - Arequipa 2019.	Por ser un trabajo de Nivel Descriptivo, no se presenta hipótesis.	Enfermedades frecuentes	<p>Método: Científico Tipo: básico Nivel: Descriptivo</p> <p>Población: 3368 pacientes del Servicio de Medicina Física, del HNCASE.</p> <p>Técnica: Recolección de datos. Instrumento: Ficha de datos</p>
<p>Problema Especifico ¿Cuáles son las enfermedades frecuentes del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo del adulto mayor en el servicio de medicina física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguin Escobedo” EsSalud Arequipa-2019?</p>	<p>Objetivo Especifico Determinar las Enfermedades Frecuentes del Sistema Osteomuscular y Tejido Conjuntivo, del adulto mayor en el Servicio de Medicina física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguin Escobedo” EsSalud - Arequipa 2019.</p>			
¿Cuáles son las enfermedades del sistema articular del adulto mayor en el servicio de medicina física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguin Escobedo” EsSalud Arequipa - 2019?	Identificar las Enfermedades Frecuentes del Sistema Articular del Adulto mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguin Escobedo” EsSalud Arequipa, 2019.			

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variables	Metodología
¿Cuáles son las Enfermedades frecuentes del Sistema Nervioso del adulto mayor en el servicio de medicina física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguín Escobedo” EsSalud Arequipa - 2019?	Establecer las Enfermedades Frecuentes del Sistema Nervioso del Adulto Mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguín Escobedo” EsSalud Arequipa, 2019.			
¿Cuáles son las Enfermedades Frecuentes del Sistema Circulatorio del Adulto Mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguín Escobedo” EsSalud Arequipa - 2019?	Precisar las Enfermedades Frecuentes del Sistema Circulatorio del Adulto Mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguín Escobedo” EsSalud Arequipa, 2019.			
¿Cuáles son los Casos Frecuentes de las Secuelas de Traumatismo de Miembro Inferior del Adulto Mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguín Escobedo” EsSalud Arequipa - 2019?	Especificar los Casos Frecuentes de las Secuelas de Traumatismo de Miembro Inferior del Adulto Mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguín Escobedo” EsSalud Arequipa - 2019			
¿Cuáles son los Casos Frecuentes de los Factores que influyen en los Servicios de Salud y Contacto con los Servicios de salud del Adulto Mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguín Escobedo” EsSalud Arequipa - 2019?	Describir los Casos Frecuentes de los Factores que influyen en los Servicios de Salud y Contacto con los Servicios de salud del Adulto Mayor en el Servicio de Medicina Física, Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguín Escobedo” EsSalud Arequipa - 2019			
¿Cuáles son las características demográficas de las enfermedades	Distinguir las características demográficas de las enfermedades			

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variables	Metodología
frecuentes del adulto mayor en el servicio de medicina física, Hospital Nacional "Carlos Alberto Segúin Escobedo" EsSalud Arequipa - 2019?	frecuentes del adulto mayor en el servicio de medicina física, ¿Hospital Nacional "Carlos Alberto Segúin Escobedo" EsSalud Arequipa - 2019			

Anexo 3. Declaración jurada



RED ASISTENCIAL AREQUIPA HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO

DECLARACIÓN JURADA

Título del estudio de investigación

"ENFERMEDADES FRECUENTES DEL ADULTO MAYOR EN EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA DEL HOSPITAL NACIONAL "CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO" ESSALUD AREQUIPA 2019

Yo, Dr. José Silverio Corrales Aragón declaro bajo juramento que:

Me comprometo a realizar las actividades de investigación fuera del horario laboral programado, de tal forma que éste trabajo de investigación no comprometa mis actividades programadas por EsSalud, así mismo declaro que:

- El estudio no irrogará gastos a EsSalud.
- Conozco en su integridad la "Directiva que regula el desarrollo de la investigación en salud". Cumpliré con la ejecución del proyecto de investigación, de acuerdo con el protocolo de investigación aprobado.
- Facilitaré las supervisiones y/o auditorías realizadas por EsSalud a través de los órganos competentes, las mismas que pueden incluir la revisión de todos los documentos relacionados al estudio en la Institución.
- Enviaré oportunamente los informes de avance y final en los plazos establecidos.
- Respetaré los aspectos normativos y éticos inherentes a la investigación.
- Realizaré las acciones necesarias para la publicación de los resultados de la investigación en una revista e informaré a su oficina de dichas acciones.

Arequipa, 12 de enero del 2021

Dr. José Corrales Aragón
MÉDICO ORTODONCÓLOGO
C.M.P. 26899, D.N.E. 18728

Firma y sello

Anexo 4 Carta de Aceptación



RED ASISTENCIAL AREQUIPA HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL JEFE DE DEPARTAMENTO/SERVICIO/ÁREA O JEFE INMEDIATO SUPERIOR

Arequipa, 12 de enero del 2021

Gerente de la Red Asistencial Arequipa

De mi consideración:

El Dr. José Silverio Corrales Aragón, Médico del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo Red Asistencial Arequipa – EsSalud, acepta ser tutor del bachiller Morayma Rosario Rosales Cifuentes.

Donde se ejecutará el estudio titulado:

“ENFERMEDADES FRECUENTES DEL ADULTO MAYOR EN EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA DEL HOSPITAL NACIONAL “CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO” ESSALUD AREQUIPA 2019

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

Dr. José Corrales Aragón
Médico ORTODONTÓLOGO
C.O.P. 10000 R.N.E. 10228

Anexo 5 de Compromiso del tutor



RED ASISTENCIAL AREQUIPA HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO

CARTA DE COMPROMISO DEL TUTOR

Yo, Dr. José Silverio Corrales Aragón Médico oftalmólogo, de la Red Asistencial Arequipa – EsSalud, me comprometo a ser el tutor de la Bachiller Marayma Rosario Rosales Cifuentes, quien realizará la investigación denominada Enfermedades Frecuentes del Adulto Mayor en el Servicio de Medicina Física del Hospital Nacional "Carlos Alberto Seguin Escobedo" EsSalud – Arequipa, 2019. Así mismo me comprometo a recolectar los datos informáticos que se requiera para realizar el presente trabajo, ya que por pandemia COVID 19 no podrá ingresar la investigadora.

Arequipa, 12 de enero del 2021


Dr. José Corrales Aragón
MÉDICO OFTALMÓLOGO
C.M. 25849 U.M.E. 18229
Firma y sello

7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos.																			
8. COHERENCIA	El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo																			
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.																			
10. PERTINENCIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.																			

VALORES DE LOS NIVELES DE VALIDEZ

COEFICIENTE POR ITEM	NIVEL DE VALIDEZ
91 – 100	Excelente
81 – 90	Muy bueno
71 – 80	Bueno
61 – 70	Regular
51 – 60	Deficiente

Anexo 7. Instrumento de recolección de datos

Enfermedades frecuentes del adulto mayor consignado en la historia clínica		Item	completo	incompleto
Filiación	Nombres y apellidos	1		
	Edad	2		
	Sexo	3		
Anamnesis	Motivo de consulta	4		
Antecedentes	Fisiológicos Patológicos	5		
Diagnostico	Funcional	6		
Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo (cie-10) Moo-m99	Radiculopatía	7		
	Trastornos de disco lumbar y otros, con radiculopatía	8		
	Lumbago no especificado	9		
	Síndrome del manguito de los rotadores	10		
	Cervicalgia	11		
	Lumbago con ciática	12		
	Estenosis espinal	13		
	Espondilolistesis	14		
	Dorsalgia, no especificada	15		
	Trastorno de disco cervical con radiculopatía	16		
	Lesión del hombro, no especificada	17		
	Síndrome postlaminectomía, no clasificado en otra parte	18		
Sistema articular (cie-10) M15-m19 M00-m25	Poliartrosis, no especificada	19		
	Gonartrosis primaria, bilateral	20		
	Gonartrosis, no especificada	21		
	Coxartrosis primaria, bilateral	22		
Sistema nervioso (cie-10) g00-g99	Hemiplejía espástica	23		
	Disfonía	24		
	Hemiplejía flácida	25		
	Parálisis de bell	26		
	Enfermedad de parkinson	27		
	Paraplejía flácida	28		
Sistema circulatorio	Disfasia y afasia	29		
	Linfedema, no clasificado en otra parte	30		

(cie-10) i00-i99				
Secuelas de traumatismos de miembro inferior T00-t99	Secuelas de aplastamiento y amputacion traumaticas de miembro inferior	31		
	Secuelas de otras fracturas de miembro inferior	32		
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud. (cie 10) z00-z99	Presencia de implante ortopedico articular	33		
	Ausencia adquirida de mama(s)	34		
	Rehabilitacion cardiaca	35		

* Elaborado por Rosales Cifuentes, Morayma para fines de recolección de datos de la tesis

Anexo 8. Informe sobre juicio de expertos del instrumento de medición

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Paricahua Álvarez Ricci de profesión Medico, ejerciendo actualmente HNCASE – ESSALUD AREQUIPA.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento, a los efectos de su aplicación de la tesis titulada: *ENFERMEDADES FRECUENTES DEL ADULTO MAYOR EN EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA HOSPITAL NACIONAL “CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO” ESSALUD- AREQUIPA 2019.*

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

El instrumento se puede aplicar

Evaluación final

Experto	Grado académico	Evaluación	
		Ítems	Calificación
Paricahua Álvarez Ricci	Especialista en Medicina Física y Rehabilitación	35	EXCELENTE

Sello y Firma:


CENTRO DE REHABILITACIÓN "LOS RÍOSES"
Ricci Paricahua Álvarez
MÉDICO REHABILITADOR
C.R.P. N.º 1434 JULIO 1978

Anexo 9. Constancia de validación

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Palacios Rosado, Carlos de profesión Medico, ejerciendo actualmente en la DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA - CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento, a los efectos de su aplicación de la tesis titulada: *ENFERMEDADES FRECUENTES DEL ADULTO MAYOR EN EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA HOSPITAL NACIONAL "CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO" ESSALUD- AREQUIPA 2019.*

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

El instrumento se puede aplicar

Evaluación final

Experto	Grado académico	Evaluación	
		Ítems	Calificación
Palacios Rosado, Carlos	DOCTOR	35	EXCELENTE

Sello y Firma:

DIRECCIÓN REGIONAL AREQUIPA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR
CAYLLOMA
Dr. Carlos E. Palacios Rosado
Médico FISIATRA
C.M.P. 17322 R.N.C. 8199

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Víctor Torres Díaz de profesión Médico, ejerciendo actualmente HOSPITAL III – ESSALUD YANAHUARA AREQUIPA.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento, a los efectos de su aplicación de la tesis titulada: ***ENFERMEDADES FRECUENTES DEL ADULTO MAYOR EN EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA HOSPITAL NACIONAL “CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO” ESSALUD- AREQUIPA 2019.***

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

El instrumento se puede aplicar

Evaluación final

Experto	Grado académico	Evaluación	
		Ítems	Calificación
Víctor Torres Díaz	MAGISTER	35	EXCELENTE

Sello y Firma:

Dr. Víctor Torres Díaz
SERVICIO DE UROLOGÍA
C.M.F. 14123 - S.H.E. 4994
Hospital III Yanahuara
ESSALUD

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, ANIBAL GUSTAVO YLLESCA RAMOS, con DNI N° 09372868, de profesión TECNÓLOGO MÉDICO EN LA ESPECIALIDAD DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, ejerciendo actualmente como JEFE DEL ÁREA DE REHABILITACIÓN, en la Institución ASOCIACIÓN EDUCATIVA ANJO GABRIEL – ASODEAGA.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento, a los efectos de su aplicación de la tesis titulada: **ENFERMEDADES FRECUENTES DEL ADULTO MAYOR EN EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA HOSPITAL NACIONAL "CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO" ESSALUD- AREQUIPA 2019.**

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

Evaluación final

Experto	Grado académico	Evaluación	
		Ítems	Calificación
Anibal Gustavo Ylesca Ramos	Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud	35	EXCELENTE

En Lima, a los 10 días del mes de abril del 2021


.....
Lic. Ylesca Ramos, Anibal Gustavo
Tecnólogo Médico
C.T.M.P. 11161

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Nadia Zelmia Balbin Matamoros, con DNI N° 44297530, de profesión Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación, ejerciendo actualmente como Docente en la Universidad Continental.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento, a los efectos de su aplicación de la tesis titulada: **ENFERMEDADES FRECUENTES DEL ADULTO MAYOR EN EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA "HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO" ESSALUD- AREQUIPA 2019.**

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

Evaluación final

Experto	Grado académico	Ítems	Evaluación Calificación
Nadia Zelmia Balbin Matamoros	Magíster	35	Excelente


 **Mg. Nadia Z. Balbin Matamoros**
TECNÓLOGO MÉDICO
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
C.T.M.P. N° 13460

Firma y sello

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Carmen Rosa Rodríguez Cisneros, con DNI N° 46112477, de profesión Tecnólogo medico en la especialidad de terapia física y rehabilitación, ejerciendo actualmente como Tecnóloga médica, en la Institución ONG Misión medica católica del Perú.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento, a los efectos de su aplicación de la tesis titulada: **ENFERMEDADES FRECUENTES DEL ADULTO MAYOR EN EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA HOSPITAL NACIONAL "CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO" ESSALUD- AREQUIPA 2019.**

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:
El instrumento se puede aplicar

Evaluación final

Experto	Grado académico	Evaluación	
		Ítems	Calificación
Carmen Rosa Rodríguez Cisneros	MAESTRO EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUUD	35	EXCELENTE

A photograph of a signature in blue ink over a circular stamp. The stamp contains the text: 'ONG Misión Médica Católica del Perú', 'Mg. Carmen Rodríguez Cisneros', 'Especialista en Terapia Física', and 'cmmb REHABILITACIÓN CON ESPERANZA'.

Firma y sello