



*Pro Patria ad Deum*

**UNIVERSIDAD FASTA**  
DE LA FRATERNIDAD DE AGRITACIONES SANTO TOMÁS DE AQUINO

## EN BUSCA DE PATOLOGÍAS TRAZADORAS EN GERONTOKINESIOLOGÍA



Facultad de Ciencias de la Salud  
Lic. En Kinesiología

Tutora: Prof. Kinesióloga Fisiatra, Luisa M. Giorgetti  
Alumno: Leandro G. Aramburu  
Departamento de Metodología de la Investigación

Junio de 2008



Agradecimientos:

*A mi familia*

*A mis amigos*

*A mi tutora, Prof. Luisa M. Giorgetti, Kinesióloga Fisiatra*

*Al departamento de Metodología de la Investigación: Cecilia, Vivian y Mónica*

*Al personal de las Instituciones donde se llevó a cabo el trabajo de campo*

*A la Universidad por formarme.*



*Leandro Aramburu*

Patologías trazadoras  
de la tercera edad

## **Resumen:**

Los cambios demográficos que se están experimentando y las necesidades que genera el proceso de envejecimiento, demandan cada vez más de las incumbencias kinésicas desde lo preventivo, terapéutico y rehabilitador, dándole al kinesiólogo un rol preponderante dentro del equipo de salud, en la gerontología.

El objetivo de la presente tesina, fue determinar cuales eran las patologías trazadoras en el área ambulatorio en el grupo en estudio; formular protocolos de Evaluación Kinésica; mencionar los Agentes Kinesfisiátricos factibles de utilizar en dichas patologías y educar a través de cuidados y consejos, a fin de brindar una atención más óptima y mejorar la calidad de vida.

Los datos obtenidos de las fichas personales, brindadas por los centros que atienden a esta población quedaron plasmados en planillas de registro según patologías.

La patología prevalente puntual fue la reumática. En base a la cual se confeccionó el Protocolo de Evaluación y Agentes Kinesfisiátricos, que contempla:

- Enfoque clínico;
- Enfoque operacional;
- Enfoque pronóstico;
- Consejos y cuidados

Como estudio futuro, quedaría indagar si nuevos estudios retrospectivos, que respeten este diseño metodológico en períodos de cada tres meses durante los doce meses de un año (4 muestras puntuales) podrían ratificar o rectificar la patología prevalente.

## **Abstract**

The demography changes that are experiencing and the needs that generate the aging process, are increasingly requiring the kinetic competence from the prevention, therapeutic and rehabilitative, giving the kinesiologist, a dominant role within the team of health, in gerontology. The aim of the present dissertation was to determine which were the tracing pathologies in the area in the outpatient study group; Develop protocols of kinetic evaluation;

Mention kinephysiatric-agents able to be used in these pathologies and educate through care and advice in order to provide a more optimal care and improving the quality of life.

The data obtained from the personal files offered by the centres that assist this population were reflected in registration sheets as pathologies.

The prevalent pathology was the rheumatic. In bases of which compiled the protocol of evaluation and *kinephysiatric*-agents includes.

- \* Clinical approach
- \* Operational approach
- \* Prognosis approach
- \* Tips and care

A future study, we would explore if further retrospective studies which respect this methodological design in periods of every three months during the twelve months of a year( four precise samples) could ratify o rectify the prevelent pathology.





Patologías trazadoras de la tercera edad

## *Introducción*

El término *geronte* se aplica a las personas que sobrepasan los 60 años de edad. La *gerontología* es la disciplina que se ocupa en forma científica de todos los problemas dependientes del fenómeno del envejecimiento, tanto biológicos, como psicológicos, económicos y sociológicos. La *geriátrica* es la rama estrictamente médica de la gerontología que se ocupa de los aspectos clínicos terapéuticos, sociales y preventivos de las enfermedades en los gerontes o personas de edad avanzada.

La gerontokinesiología (o kinesiología geriátrica) es una disciplina muy particular de la kinesiología, no tanto por sus técnicas que son similares o idénticas (en muchos casos) a las del adulto, sino por las modalidades de su aplicación y adaptación a las personas de edad. Por el aumento del índice de vida, adquiere en la actualidad, cada vez mayor importancia.

El abordaje terapéutico de estos pacientes es interdisciplinario. Es misión de la kinesiología como parte del Equipo Interdisciplinario facilitar la conservación o el mejoramiento de sus aptitudes funcionales y psicomotrices. La tarea del kinesiólogo resulta imprescindible ya que como profesional de la salud está preparado para actuar ya sea en la prevención del envejecimiento acelerado o inarmónico y/o la degradación de las aptitudes funcionales a través de la promoción y educación, y en el tratamiento específico de patologías.

La correcta evaluación hará el abordaje global, preventivo y/o terapéutico adecuado, oportuno y personalizado que reflejará el éxito del accionar profesional. La formulación de protocolos servirá como herramienta de base a la hora de tomar decisiones sobre la terapéutica adecuada en cada caso en particular teniendo en cuenta todas las opciones y variables posibles.

En busca de eficiencia y eficacia hacia la calidad de atención, es imprescindible dar el paso inicial hacia la determinación de casos prevalentes.

En resumen la gerontokinesiología tiene por objetivo *mejorar la atención y la calidad de vida de los ancianos*.

Los lugares donde el kinesiólogo puede desempeñar su campo de acción dentro del área de la gerontokinesiología, son entidades como: hospitales, clínicas, sanatorios, centros de rehabilitación, consultorios externos, atención domiciliaria, geriátricos y hogares, etc.

Nuestro país presenta una población de más del 8% de personas con más de 60 años, situación que la coloca en lo que sería una población vieja según la OMS (Organización Mundial para la Salud)<sup>1</sup>. Este no es un dato menor, sino al contrario un gran indicador del campo amplio en el cual se puede desarrollar y aportar sus conocimientos los kinesiólogos que se desempeñan en esta área.

---

<sup>1</sup> Cossio. Fustinoni. Rospide. **Semiología Médica Patológica**. Editorial CTM.2001, p. 984



Los objetivos del presente trabajo son:

- Determinar que cantidad de pacientes reciben atención kinésica en la modalidad ambulatoria, con el correspondiente registro estadístico de la patologías por la cuales son derivados.
- Determinar cuales son las patologías más frecuentes en esta población (gerontes) debido a las cuales son derivados para recibir atención kinésica en la modalidad ambulatoria.
- Estandarizar protocolos de Evaluación y Tratamiento kinésico de la o las patologías de mayor prevalencia para la atención kinésica de pacientes gerontes en la modalidad ambulatoria.
- Demostrar la importancia de estandarizar Evaluaciones según patologías para que la kinesiología pueda a través del análisis retrospectivo y/o proyectos prospectivos proporcionar su labor asistencial hacia la docencia y la investigación a nivel nacional e internacional.

Planteados estos objetivos, el problema de investigación es el siguiente:

*¿Cuáles son las patologías de prevalencia puntual en pacientes de la tercera edad de la ciudad de Mar del Plata, en la modalidad ambulatoria?*



Patologías trazadoras de la tercera edad

***Marco teórico***

## a)- Proceso de envejecimiento y enfermedad

Por más que siempre se ha querido responder a la pregunta de cuando comienza el proceso de envejecimiento, no se ha podido lograr una respuesta única que nos deje satisfechos y convencidos al respecto.

Las respuestas son múltiples porque las preguntas son múltiples, entre las cuales habría que responder: ¿Los cambios anatómicos y fisiológicos se deben al envejecimiento?, las patologías se deben ¿Al desuso?, ¿Al mal uso?. Todas estas inquietudes se reflejan en situaciones diversas en infinidad de casos en los cuales no se logra un consenso universal, y en las cuales se arrojan múltiples respuestas válidas.

El envejecimiento se lo considera con frecuencia una enfermedad, en lugar de una de las etapas de la vida misma. Situación que en vez de esclarecerse muchas veces se torna más confusa al no establecerse las correspondientes distinciones precisas.

Es de diferenciar los conceptos de: *geriatria* como la ciencia de las enfermedades de la vejez y de su tratamiento, y a la *gerontología* como la ciencia del envejecimiento en sí<sup>2</sup>. Hay varias teorías sobre el envejecimiento y el momento en que comienza, algunas afirman que comienza en la concepción, y otras como lo establecido por la Organización Mundial de la Salud, sugiere que la edad avanzada comienza a los sesenta años.

En lo que sí se está de acuerdo, es en que la edad avanzada se refiere a la función biológica y psicológica en lugar de a la cronológica.

Una enumeración directa de los cambios anatómicos y fisiológicos que tienen lugar con la edad avanzada puede ser engañosa por dos razones. En primer lugar, es imposible en muchos casos decir si un cambio determinado se debe al

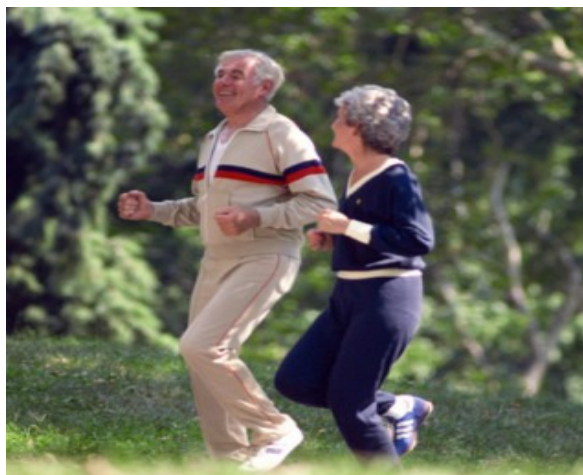


Fig. n° 1: Gerontes corriendo. Extraído de: [nutrideporte.com](http://nutrideporte.com)

---

<sup>2</sup>J. Carr, R. Shepherd. **Fisioterapia en los trastornos cerebrales**. Guía Clínica. Editorial Panamericana. 1985, p. 58

*envejecimiento natural, al mal uso, al desuso o a una patología.* El proceso de envejecimiento, en ausencia de una patología, “se superpone a la madurez imperceptiblemente” (Lawton, 1965)<sup>3</sup>.”

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, es importante describir algunos hallazgos relacionados a los aspectos patológicos y de conducta de la edad avanzada.

Podríamos definir a la *vejez* como un proceso dinámico que comienza desde el mismo momento en que nacemos y que se desarrolla a lo largo de toda nuestra vida.

En nuestro cuerpo al transcurrir los años se da un proceso que es lo que se conoce y denomina *ley biomorfo genética de la vejez*, la cual sirve para explicar el progresivo proceso de atrofia que van sufriendo todos los órganos.

El geronte presenta un conjunto de manifestaciones que aún al más lego le permite establecer si una persona es o no anciana. Son un conjunto de atributos que pueden tener diferencias individuales, pero que bastan para *hacer del geronte una figura inconfundible*. La canicie o la calvicie, las arrugas en la piel y cierto grado de apergamiento, la ausencia de parte o la totalidad de los dientes naturales con el hundimiento de las regiones genianas, la reducción volumétrica del cuerpo, el encorvamiento más o menos acentuado de la columna, el andar más lento y menos flexible, a veces un ligero temblor y un menor brillo de la mirada son las manifestaciones más ostensibles<sup>4</sup>.

La vejez no es una enfermedad, aunque sí es un período en la vida de las personas, en el cual estas se encuentran expuestas en mayor medida a contraer enfermedades, como así también a padecer discapacidades propias del envejecimiento.

La mayor parte de los investigadores consideran que el envejecimiento adecuado implica el mantenimiento de un buen nivel funcional, independientemente de cualquier enfermedad que pueda sufrir el anciano.

La ancianidad no tiene una iniciación puntual, como decíamos es un proceso progresivo, al que podríamos llamarlo senescencia, refiriéndonos al camino hacia la senectud.

Los cambios más importantes que se verifican con el paso de los años, son los del sistema nervioso, no obstante, ninguno de los otros sistemas deja de sufrirlos.

El envejecimiento no se caracteriza por un deterioro en todas las funciones, de manera que su estudio requiere la aplicación de instrumentos de evaluación capaces de identificar cuáles son las funciones comprometidas, y en consecuencia la estructura responsable.

---

<sup>3</sup>Ibid, p. 60

<sup>4</sup> Cossio. Fustinoni. Rospide. **Semiología Médica Patológica**.Editorial CTM.2001, p. 984

En primer lugar, en el sistema nervioso, se puede observar que el cerebro del anciano muestra alteraciones significativas en sus funciones fisiológicas, especialmente en lo relativo a la afectación de la memoria, al retraso de las funciones centrales y a la disminución del peso cerebral.

La disminución de la fuerza muscular, el deterioro de la marcha con disminución de los movimientos asociados, la reducción de los reflejos profundos y las alteraciones de la sensibilidad se asocian a modificaciones a niveles macroscópico, celular y molecular del sistema nervioso.



Fig. n° 2: Gerontes con dificultades para desplazarse.  
Extraído de: [www.noticiasdealeva.com](http://www.noticiasdealeva.com)

En lo que se refiere a los aspectos psíquicos, las alteraciones más frecuentes son las de la memoria, en lo que se conoce como pérdida de la memoria benigna del anciano. La adquisición de nuevos conocimientos y su conversión por la memoria de trabajo en memoria de larga duración disminuyen significativamente con la edad. Las personas de edad avanzada muestran dificultades para dormir, aumento del insomnio e interrupciones en el sueño a medida que envejecen.

El envejecimiento del sistema nervioso central, influye en el envejecimiento general, aunque el del mismo se ve afectado por el envejecimiento de los demás sistemas, en especial el sistema cardiovascular.

Con el paso de los años el cerebro pierde una gran cantidad de neuronas. Pérdida que se localiza en la corteza cerebral, en los ganglios basales, en el tronco cerebral y en el cerebelo. Dicha pérdida se ve compensada por la acción de otras neuronas, situación que hace que las consecuencias no se manifiesten como se espera.

La pérdida de neuronas se ve reflejada con el tiempo en la desorientación respecto del tiempo, el lugar, las personas y las situaciones, en la pérdida de la memoria, en una disminución de la capacidad para calcular. También se puede reflejar en la pérdida del equilibrio debida al menor número de neuronas existentes en el tronco cerebral, el cerebelo y los centros superiores.

La cantidad real de neuronas que se pierde provoca déficit en el funcionamiento mental y difiere de persona a persona. Es probable que esté relacionada con la educación, la ocupación y la adaptabilidad psicológica, emocional y social.

Con la edad disminuyen las reacciones a ciertos estímulos del medio, como por ejemplo: disminuye la audición y la agudeza visual. El habla se torna más lenta y menos segura. Disminuye la discriminación de los distintos sonidos que intervienen en el habla y esto afecta a la capacidad para comprenderla. La presencia de cambios en la conducta puede indicar una disminución en ciertos sentidos como la visión y la audición, así como también cambios en el medio local.

Parece haber un aumento en el umbral de sensibilidad cutánea, que puede deberse a los cambios en el colágeno y en los tejidos elásticos de la piel así como también a una disminución en el número de corpúsculos de Meissner. Se observa un deterioro gradual en la temperatura que regula el mecanismo que hace que la persona de edad avanzada sea menos capaz de resistir el frío y el calor y de adaptarse a los cambios de temperatura. Aumenta el umbral de la sensación olfativa y gustativa. Además del deterioro de la discriminación táctil y la apreciación de la vibración, también hay deterioro de la discriminación del dolor y la temperatura.

Se presentan cambios que tienen lugar en la relación intercelular entre la neurona y la célula muscular. Al respecto se señala que las placas motrices pueden sufrir una degeneración al azar a medida que aumenta la edad, lo que provoca una reacción muscular similar a la que sigue a la desnervación. El resultado funcional es la debilidad muscular. Disminuyen o desaparecen muchos reflejos de los tendones. Puede haber cierta incontinencia si el sistema nervioso autónomo pierde parte del control sobre los músculos lisos.

El sistema cardiovascular, se caracteriza por el debilitamiento de las funciones, este hecho es común en esta población, pero resulta difícil determinar si ello obedece a un proceso normal, o anormal. En cuanto a los procesos anormales, se debe tener en cuenta el papel preponderante de los factores de riesgo: hipertensión arterial, hipercolestoremia, tabaquismo, personalidad, estrés, sedentarismo, diabetes mellitus, etc.<sup>5</sup>

Una característica evidente es que el *músculo cardíaco se degenera con la edad*.

En cuanto a los cambios en las arterias a causa de la edad, se puede observar atrofia muscular de la túnica media, disminución del tejido elástico y proliferación de la íntima, y en la venas se presentan alteraciones análogas aunque menos pronunciadas.

---

<sup>5</sup> Cossio. Fustinoni. Rospide. Ob.cit, p 985

En el anciano sin patología cardiovascular o respiratoria, la función cardiovascular en reposo puede cumplir perfectamente las exigencias metabólicas. Sin embargo, el gasto cardíaco sufre una reducción significativa, lo que reduce la respuesta a las exigencias adicionales.

En el sistema musculoesquelético de los gerontes se puede apreciar el descenso continuo en la densidad de los huesos largos y las vértebras a causa de la progresiva pérdida de calcio.

Además se aprecia la pérdida de altura por cambios en los discos intervertebrales y por adoptar una postura relativamente flexionada.

Se desarrolla la osteoporosis, caracterizada por porosidad y rarefacción debidas al agrandamiento de los conductos óseos, lleva a la formación de espacios anormales. Esto puede ser la causa del daño a nivel vertebral, así como en los huesos largos, aumenta la probabilidad de fracturas.

Cambios bioquímicos se llevan a cabo en las fibras musculares esqueléticas. A medida que las fibras se degeneran, son reemplazadas por células adiposas.

La inactividad voluntaria o impuesta, o una enfermedad en general, pueden provocar la pérdida de energía o debilidad muscular.

Una menor flexibilidad constituye una característica de la edad avanzada. La pérdida de elasticidad en los tejidos conectivos que rodean las articulaciones causa rigidez en ellas. La pérdida de la flexibilidad torácica se debe a la transformación del cartílago hialino en cartílago calcificado, lo cual ocurre en las costillas y el esternón, y decrece la elevación de las costillas al inspirar y el retroceso al espirar manifestandose como un compromiso restrictivo.

En el sistema respiratorio del geronte, en las vías aéreas superiores se produce atrofia de la mucosa con reducción de glándulas mucíparas y pérdida de cilias vibrátiles, esclerosis de la submucosa y a veces calcificación de cartílagos. El pulmón presenta el denominado enfisema atrófico senil caracterizado por reducción volumétrica, palidez, pérdida de la elasticidad, rarefacción alveolar y reducción de los vasos<sup>6</sup>.

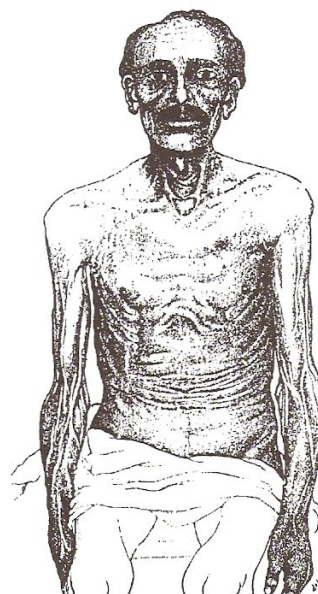


Fig. n° 3 : Dibujo centenario de paciente con insuficiencia respiratoria crónica. Extrido de Cossio, Fustinoni, Rospide. **Semiología Médica Patológica.** Editorial CTM. 2001.

<sup>6</sup> Ibid, p. 986



La pérdida de la eficacia mecánica en los pulmones, en parte debida a un descenso gradual en la flexibilidad esquelética y a la alteración en la forma y la capacidad del tórax por cambios posturales, origina una absorción de aire menos eficaz, un descenso en la capacidad ventilatoria y en la capacidad pulmonar total. La cantidad de oxígeno que la sangre toma de los pulmones y transporta a los tejidos disminuye con la edad, lo cual afecta la respuesta del cuerpo al ejercicio, ya que la oxigenación sanguínea adecuada constituye un requisito fundamental para una función muscular apropiada.

En el aparato urinario, el riñón sufre cierta disminución de volumen, aumento de consistencia y endurecimiento. Histológicamente hay atrofia de los nefrones y espesamiento del tejido reticular e intersticial. La pelvis, los uréteres y la vejiga muestran atrofia del tejido muscular y aumento de las fibras colágenas. La próstata es frecuentemente asiento de un proceso de hipertrofia, pero se interpreta como un hecho patológico, y en verdad la próstata senil ofrece las mismas características de atrofia que se ven en el resto de los órganos<sup>7</sup>.

En el sistema digestivo, el tubo digestivo disminuye de peso. Hay una relajación de los sistemas de sostén que provocan ptosis del estómago y del intestino. Existe cierto grado de atrofia de la mucosa, reducción de las formaciones linfáticas y pigmentación de las fibras musculares lisas. El hígado disminuye de volumen y de peso, y presenta una discreta esclerosis por hiperplasia del tejido reticular. El páncreas sufre una atrofia pigmentaria y lipomatosis<sup>8</sup>.

Resumiendo, en el sistema digestivo, existe una reducción de su actividad: motora, secretora, absorptiva, metabólica, por merma de la actividad a nivel de los sectores muscular y glandular<sup>9</sup>.

En el sistema endócrino, en general, las glándulas de secreción interna presentan una disminución de tamaño y atrofia celular, pero llama la atención que la hipófisis se mantenga estable en edades muy avanzadas<sup>10</sup>.

En la piel y anexos en el geronte, la piel se adelgaza y se hace más seca por disminución de la sudoración; a veces adquiere un tinte amarillento, se arruga y hasta se apergamina; pierde elasticidad. Histológicamente considerada, hay adelgazamiento de la epidermis, desaparición de su capa granulosa, achatamiento de las papilas y disminución de la actividad cariocinética de las capas basales, fragmentación de las fibras colágenas de la dermis; fusión en una masa homogénea de las fibras elásticas; hiperqueratosis que lleva a la estratificación de la sustancia córnea y determina la

---

<sup>7</sup> Ibid, p.991

<sup>8</sup> Ibid, p. 989

<sup>9</sup> Ibid, p. 989

<sup>10</sup> Ibid, p. 991

denominada queratosis senil; las glándulas sudoríparas y sebáceas se atrofian, los cabellos caen por atrofia del folículo piloso y los que quedan se encanecen<sup>11</sup>.

En cambio, en ciertas regiones corporales como las orejas y las ventanas nasales los pelos crecen más, tornándose rígidos y largos. Las uñas se hacen más ásperas y presentan frecuentemente surcos longitudinales<sup>12</sup>.

En el sistema hematopoyético y sangre se desarrollan cambios anatómicos y fisiológicos propios del proceso de envejecimiento.

El bazo se reduce a expensas de los corpúsculos de Malpighi y su estroma se espesa. Los ganglios linfáticos sufren atrofia e infiltración grasa con reducción de su centro germinativo. Con respecto a la médula ósea, se considera que el volumen total de médula hematopoyéticamente activa disminuye, pero la cantidad que queda basta para mantener los valores eritrocíticos a niveles sólo ligeramente inferiores a los del adulto joven. Los leucocitos y las plaquetas no se modifican significativamente. A veces puede existir hipoalbuminemia con inversión del cociente albúmino.globulina<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> Ibid, p. 985

<sup>12</sup> Ibid,

<sup>13</sup> Ibid, p. 993

## b)- Procesos patológicos de la vejez

Hay patologías que se las podría denominar propias de la vejez, aunque el hecho es que se desarrollan más en este período de la vida, debido a que todos los sistemas en el anciano presentan una involución propia del deterioro funcional que se da debido a factores genéticos y procesos propios del envejecimiento, todo esto lo predispone en mayor medida a sufrir diferentes disfunciones o enfermedades..

Estos cambios que desarrolla la persona con el proceso de envejecimiento, lo predisponen a contraer patologías diversas, situación que lleva a deducir que hay un grupo de patologías que al darse con cierta incidencia en las personas de tercera edad, son estas las patologías más frecuentes o patologías trazadoras de la población en estudio.

A continuación se mencionan de manera muy sintética, las patologías según la bibliografía utilizada y revisada para el presente trabajo, que más requieren de la atención kinésica.

Áreas Médicas	Procesos patológicos
<b>Respiratorias</b>	Infecciones
	Neumonía
	Tuberculosis
	Cáncer de pulmón
	Disfunciones del sueño
	EPOC
<b>Cardiovasculares</b>	Coronopatías
	Angina de pecho o Angor Pectoris
	Infarto Agudo de Miocardio
	Arritmias
	Hipertensión
<b>Traumato-ortopédico-quirúrgico</b>	Síndrome subacromial
	Síndrome de menisco
	Estenosis lumbar degenerativa
	Ortoplastía: prótesis total de cadera, rodillas, otras
	Fracturas: cadera
	Fractura de Colles (fractura de muñeca más común)
	Artrosis u osteoartritis
	Artritis reumatoidea
	Osteoporosis
	Patologías reumatológicas del tejido muscular (sarcopenia, miopatías inflamatorias idiopáticas, polimialgia reumática)
<b>Neurológicos</b>	Accidente cerebro vascular
	Enfermedad de Alzheimer
	Enfermedad de Parkinson
	Neoplasias o tumores cerebrales
	Síndromes hipercinéticos

Fuente: Elaboración propia, datos extraídos de: Rubens Rebelatto, da Silva Morelli. **Fisioterapia Geriátrica**. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 2005

Además de las patologías y disfunciones características de la tercera edad, también se dan diferentes síndromes propios de la población en estudio: el pie geriátrico, las caídas en el anciano, y síndrome postcaída.



Patologías trazadoras de la tercera edad

*Diseño Metodológico*

El presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo, ya que tiene como objetivo describir las características del comportamiento de la población geronte de la ciudad de Mar Del Plata y describir un modelo de Evaluación Kinésico, para un futuro consenso de resultados.

Es transversal, ya que se hace un cohorte en el tiempo, y se analiza para proyectar y formular estrategias a futuro.

La población es el total de afiliados a PAMI de la ciudad de Mar del Plata.

La muestra la integran pacientes gerontes de la ciudad de Mar del Plata que reciben atención kinésica en la modalidad ambulatoria, pertenecientes a la mutual PAMI.

#### Requisitos de admisión:

1. Edad: 60 años o más;
2. Afiliados a PAMI;
3. Deben recibir tratamiento ambulatorio;
4. El diagnóstico deberá ser claro y preciso (ejemplo de no admisión: dolor en miembros inferiores, es un síntoma pero no un diagnóstico);
5. Deben ser atendidos solo en Centros o Instituciones a los que son derivados directamente de los hospitales, clínicas o sanatorios que tengan cápita de la mutual.

Quedan excluidos de este estudio aquellos pacientes que por voluntad propia u otras circunstancias sean atendidos en otros Centros o Consultorios de kinesiología que no sean aquellos que reciben la cápita directamente de los Centros Asistenciales en los cuales PAMI tiene distribuido sus afiliados.

La muestra quedará circunscripta al total de pacientes que cumplan con los requisitos de inclusión.

#### Equipo y materiales necesarios:

- Centros de Kinesiología o consultorios donde se desempeña la actividad.
- Recursos humanos: kinesiólogos a cargo en centros de kinesiología a los cuales acuden los pacientes de PAMI. Además se debe rescatar la presencia de personal de asistente como en el caso de las secretarias quienes facilitan la tarea separando por ejemplo las fichas por mes, y verificando sí corresponde con la cantidad de pacientes atendidos en el mes.

- Materiales: información almacenada según cada sistema particular utilizado en cada Centro. Estos son fichas personales, o base de datos mediante programa de informática.



Las variables sujetas a estudio son:

### ***1- Edad del paciente***

Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento. En este estudio, los pacientes deberán tener 60 o más años de edad cronológica.

Se divide en rangos de edad para hacer más simple el análisis de los datos.

- 60 a 69 años de edad
- 70 a 79 años de edad
- Más de 80 años de edad

### ***2- Diagnóstico del paciente***

Son los signos que permiten reconocer las enfermedades. Parte de la medicina que se ocupa de la determinación de las enfermedades por los síntomas de las mismas. Calificación que la medicina da de una enfermedad. De acuerdo al diagnóstico, se realizará la evaluación y el tratamiento kinésico adecuado. En este estudio, el diagnóstico servirá para agrupar a los pacientes, y determinar estadísticamente cuales son las patologías trazadoras.

### ***3- Sexo del paciente***

Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer: sexo masculino y sexo femenino. Resulta importante, ya que hay patologías que son más frecuentes en algún sexo en particular, debido a los cambios fisiológicos que se dan particularmente en cada sexo.

### ***4- Estado general del paciente***

Aquí se tiene en cuenta otros factores, como lo son otras patologías que puede presentar el paciente, las mismas asociadas o no al diagnóstico establecido por el médico. Las mismas servirán para sacar conclusiones de existir correlaciones importantes detectadas en la etapa de procesamiento de la información.

### ***5- Diagnóstico corregido del paciente***

Es el reemplazo o sustitución de aquella terminología que no es la adecuada, por otro término que indica el diagnóstico, a fin de lograr un consenso entre aquellos que se refieren a la misma situación. A su vez en algunos casos es la unión de diferentes diagnósticos, los cuales son agrupados bajo una misma denominación. Todas estas consideraciones serán desarrolladas mas adelante, en el momento en que se desarrolle la clasificación de los diagnósticos, en la sección de procesamiento de la información del trabajo.

### ***6- Área médica***

Es una especialidad dentro de la medicina, lo cual permite separar la misma a fin de llegar a un estudio más complejo y completo que implica mayor dedicación completa a solo una parte del amplio espectro que son la ciencias médicas. En el presente trabajo servirá para agrupar diferentes patologías bajo un área médica específica, con el fin de poder efectuar análisis correspondientes sobre la incidencia de cada una de estas en la atención kinésica ambulatoria en la población en estudio.

### ***7- Subgrupo diagnóstico***

Es una agrupación dentro del área médica al cual pertenecen los diagnósticos, a fin de hacer más específico el análisis de los registros obtenidos y realizar observaciones y conclusiones de ser posible.

### ***8- Derivación a kinesiología***

Es la orden médica que indica el requerimiento del accionar kinésico para la evaluación y tratamiento del paciente. La misma debe contener el diagnóstico por el cuál se deriva a kinesiología. Es un requisito obligatorio para desempeño kinésico.

Instrumento:

Se utilizarán planillas a completar como instrumento para recolectar la información necesaria y realizar el estudio.

Tabla n° 1: instrumento

<i>Clínica</i>	<i>Paciente</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>	<i>Rango edad</i>	<i>Diagnóstico</i>	<i>Diagnóstico Corregido</i>	<i>Área Médica</i>	<i>Subgrupo diagnóstico</i>

Para proceder a realizar la recolección de la información se completarán las planillas, acordando previamente el día, el lugar y hora.

Los nombres y apellido de las personas no serán incluidos en las planillas de cálculos, de manera que se respetará el anonimato de todos los pacientes, solo se pedirá en una primera instancia, por una cuestión de practicidad, evitando de esta manera que se repitan pacientes.

Se analizará la información obtenida a través de planillas de cálculo. Las mismas nos informarán sobre las patologías prevalentes por las cuales pacientes gerontes tienen indicación de tratamiento kinésico ambulatorio.

Una vez volcada la información en las planillas, se utilizará el programa Microsoft Excel, en el cual se pondrán los diagnósticos corregidos, se clasificarán las patologías por área médica y sus respectivos subgrupos diagnósticos.

La clasificación y agrupamiento de diagnósticos se realizará teniendo en cuenta la que se utiliza en el libro:

“Vademécum de kinesiología y de reeducación funcional”, de Ives Xhardez, Editorial Ateneo.

Teniendo en cuenta el accionar kinésico en lo que respecta a la Evaluación y el Tratamiento, se decidió por realizar algunos cambios respecto a la clasificación de los diagnósticos por Área Médica y Subgrupo Diagnóstico para su Rehabilitación, a saber:

Los diagnósticos de ACV (accidentes cerebro vasculares), se los incluirá en la clasificación dentro de las patologías neurológicas.

En el caso de los diagnósticos de amputaciones de miembros inferiores por diabetes se lo incluirá dentro de la clasificación en el área de cirugía

Los diagnósticos de artroplastias de caderas o rodillas, se los incluirá dentro de la clasificación en el grupo de cirugía.

En las lumbalgias se incluirá los diagnósticos de lumbociatalgias, lumbago, hernias de disco lumbar, otras.

En las cervicalgias, se incluirán los diagnósticos de contracturas musculares cervicales.

Los diagnósticos como omalgia, tendinopatía de hombro, artrosis de hombro, se los agrupará bajo el nombre diagnóstico de periartritis escapulo-humerales.

Para la formulación de los Protocolos de Evaluación, Agentes Kinesfisiátricos factibles de utilizar y cuidados y consejos, se realizará una búsqueda y recopilación bibliográfica, que permitirá llevar a cabo esta tarea de la manera más óptima, en beneficio de la comunidad geronte marplatense.

## Desarrollo del trabajo de campo:

El estudio se realizó en Mar Del Plata, durante el mes de octubre del año 2007. En el mismo se evaluó el comportamiento de pacientes de PAMI que reciben tratamiento kinésico en la modalidad ambulatoria. Se estudiaron solo aquellos pacientes de PAMI que fueron derivados a tratamiento kinésico a los consultorios o centros, con los cuales dichos hospitales tienen convenio para atender sus cápitass.

Los hospitales con los cuales trabaja PAMI son: Hospital Español, Hospital de la Comunidad (HPC), Sanatorio Central (EMHSA), Clínica Mitre y Clínica Avenida. El convenio de trabajo entre PAMI y dichas instituciones sanitarias es mediante el sistema de cápitass cedidas a cada institución. Algunos de estos hospitales y clínicas brindan el servicio de atención kinésica en la misma entidad y otras lo derivan a consultorios privados con los cuales tienen un acuerdo o contrato.

El total de los afiliados de PAMI en la ciudad de Mar del Plata es de 83.395 personas.

En primer lugar se buscó el número de pacientes de PAMI que en el mes de octubre fueron derivados a los distintos Centros Asistenciales (total de 552 pacientes), para realizarles Tratamiento Kinésico.

Los datos registrados en el instrumento fueron analizados, filtrando aquellos que no cumplían con las normas de admisión.

La muestra quedó limitada a 504 pacientes que recibieron tratamiento ambulatorio de kinesiología en el mes de octubre de 2007.

El siguiente cuadro especifica la manera en la que están distribuidas las cápitass en las cinco entidades sanitarias y los centros particulares donde se realiza la atención kinésica.

Entidades	N° de cápitás	N° de ptes. por mes	Centro de atención
Hospital Español	11.400	91	Hospital Español
HPC	47.000	310	Otro consultorio de derivación
EMHSA	10.000	62	Otro consultorio de derivación
Clínica Avenida	7.000	48	Otro consultorio de derivación
Clínica Mitre	7.995	41	Clínica Mitre
Total	83.395	552	

Es el caso del Hospital Privado de la Comunidad, que deriva la atención al consultorio en el que se encuentran a cargo: el Lic. Juan Carlos Franza y la Klg. Ana Díaz.

Lo mismo ocurre con los pacientes del EMHSA y la Clínica Avenida, los cuales son atendidos en el consultorio "Kinesiólogos Asociados" a cargo de la Lic. María Elvira Pizá y el Lic. Daniel Palos.

Tanto la Clínica Mitre como el Hospital Español, atienden a sus afiliados derivados a la atención kinésica en las mismas entidades, las cuales están a cargo de la Lic. María Chacón, y de la Lic. María Elvira Pizá respectivamente.



Patologías trazadoras de la tercera edad

**Análisis de datos**



Los pacientes derivados a kinesiología fueron 504, agrupados por Áreas Médicas y por Subgrupos Diagnósticos (anexo 2).

Las edades oscilaron entre 60 y 92 años de edad.

Se agruparon los pacientes por rangos de edades: pacientes entre 60-69, 70-79, y 80 y más años de edad.

Los pacientes que se encuentran en el rango de edad de 70-79 años de edad, representan el 52% de la muestra, siguiendo en orden descendente: rango de 60-69 años de edad (31%) y los pacientes que tienen 80 y más años de edad (17%).

Por lo que se deduce que el rango de edad predominante es el de los pacientes entre 70-79 años de edad.

Tabla n° 1: Rango de edades de pacientes por Centro Asistencial en el que son atendidos

Rango de edad	Mitre		HPC		Español		Kines.Asoc.		Subtotal	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
60-69 años de edad	11	27%	70	24%	37	44%	36	39%	154	31%
70-79 años de edad	22	54%	158	55%	44	52%	40	43%	264	52%
80 y más años de edad	8	19%	58	21%	3	4%	17	18%	86	17%
Subtotal	41	100%	286	100%	84	100%	93	100%	504	100%

Los diagnósticos según el Área Médica al que pertenecen, por los cuales fueron derivados según incidencia fueron:

- 1\_ Reumatología: 375 casos (75%);
- 2\_ Traumatología: 42 casos (8%);
- 3\_ Cirugía: 38 casos (8%);
- 4\_ Neurología: 33 casos (7%);
- 5\_ Otras: 13 casos (3%).

Tabla n° 2: Área Médica por rango de edad

Área	60	70	80 en adelante	Subtotal	
neurología	4	23	6	33	7%
Cirugía	7	24	7	38	8%
reumatología	121	193	64	378	75%
traumatología	16	21	5	42	8%
Otros	6	3	4	13	3%
Subtotal	154	264	86	504	100%

A continuación se grafican los diagnósticos prevalentes por Área Médica:

Gráfico n° 1 Patologías traumatólogicas según diagnóstico (total 42 pacientes)

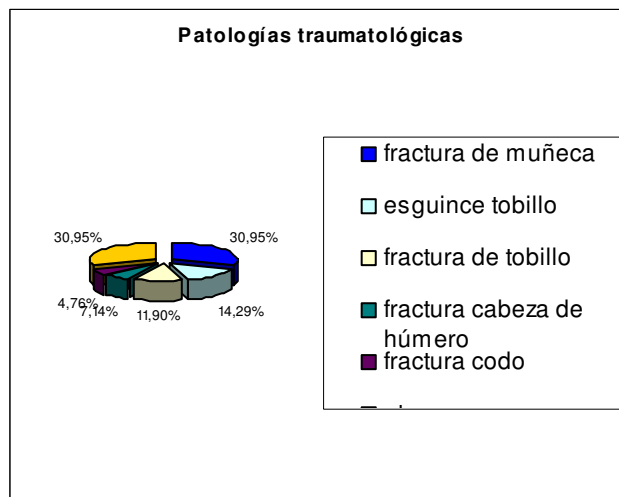


Gráfico n° 2: Patologías post-quirúrgicas según diagnóstico (total 38 pacientes)

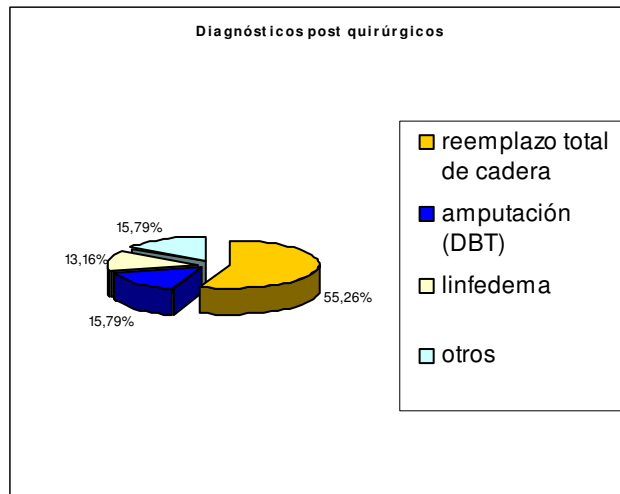


Gráfico n° 3: Patologías neurológicas según diagnóstico (total 33 pacientes)

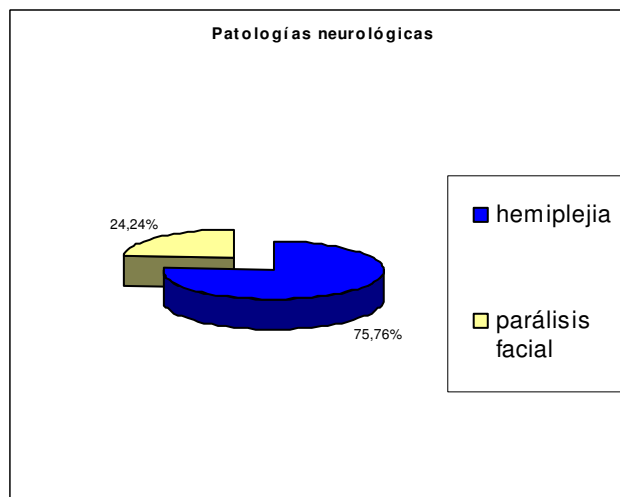
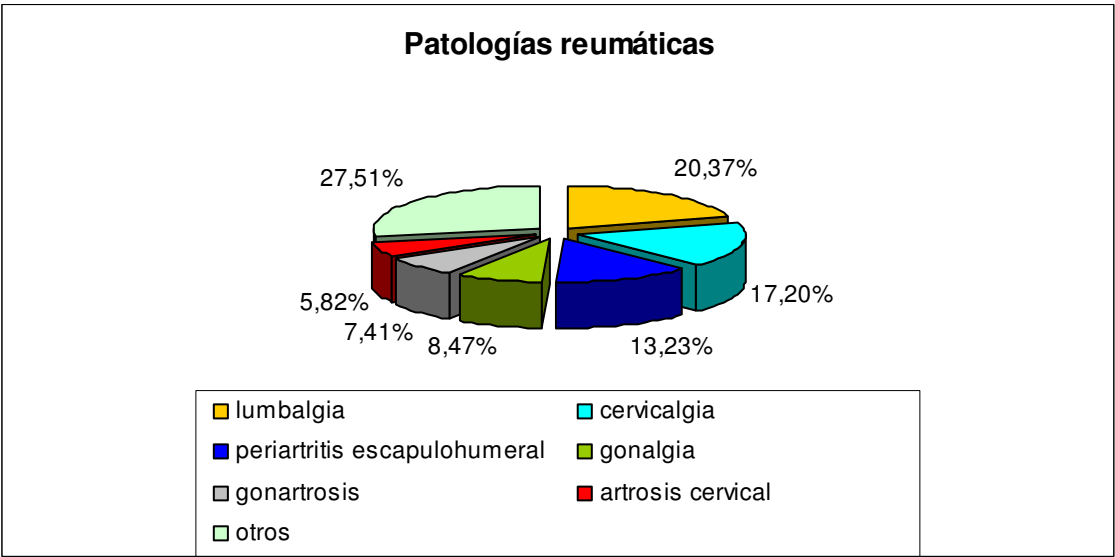


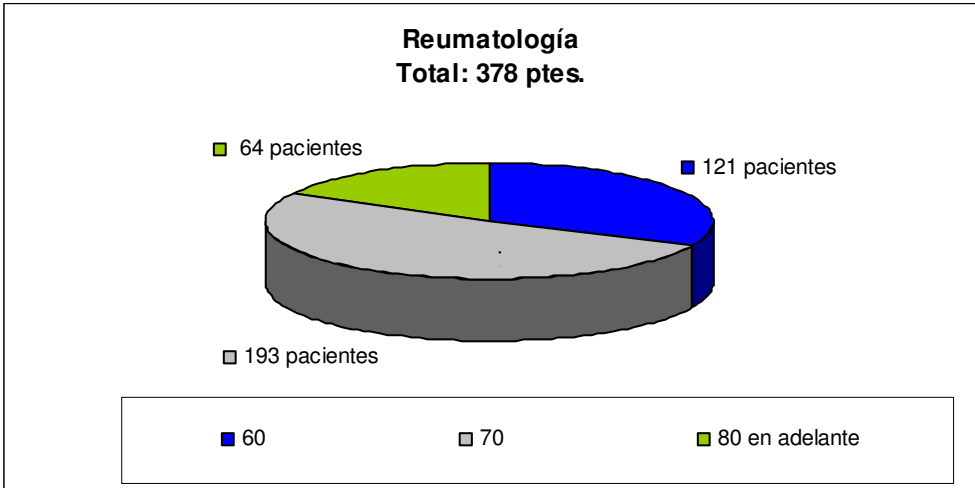
Gráfico n° 4: Patologías reumáticas según diagnóstico (total 378 pacientes)



Respecto a las patologías reumáticas, se observa que la mayor cantidad de diagnósticos por el cual asistieron los pacientes a los Centro de Atención, son en orden descendente: lumbalgias (20,37%), cervicalgias (17,20%), periartritis escapulohumerales (13,23%), gonalgia (8,47%), otros.

En el Área Médica de patologías reumatológicas (patologías trazadoras), el rango de edad predominante es el de los pacientes que tienen 70-79 años de edad.

Gráfico N° 5: Patologías trazadoras por rango de edad



Dentro del Área Médica de patologías reumáticas, los subgrupos diagnósticos más frecuentes son:

- \_ Síndromes Dolorosos del Raquis y sus raíces nerviosas (43 %);
- \_ Patologías articulares (31,5 %);
- \_ Patologías yuxtaarticular y extraarticular (25,6 %).

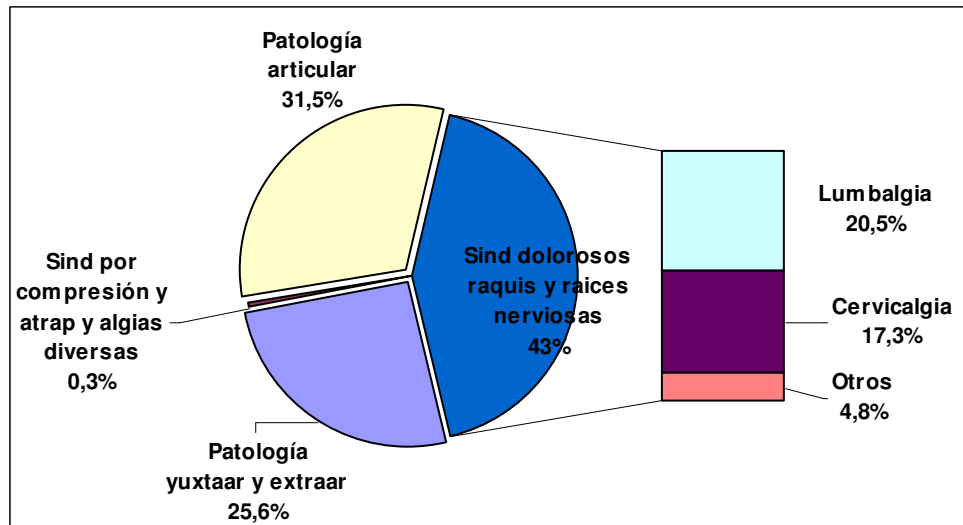
Tabla n° 3: Subgrupos Diagnósticos dentro del Área Médica Reumatología (patologías trazadoras)

Subgrupos del área de reumatología	Total	%
Patología articular	118	31,5%
Patología yuxtaar y extraar	96	25,6%
Sind dolorosos raquis y raíces nervosas	160	43,0%
Sind por compresión y atrap y algias diversas	1	0,3%
Total	375	100%

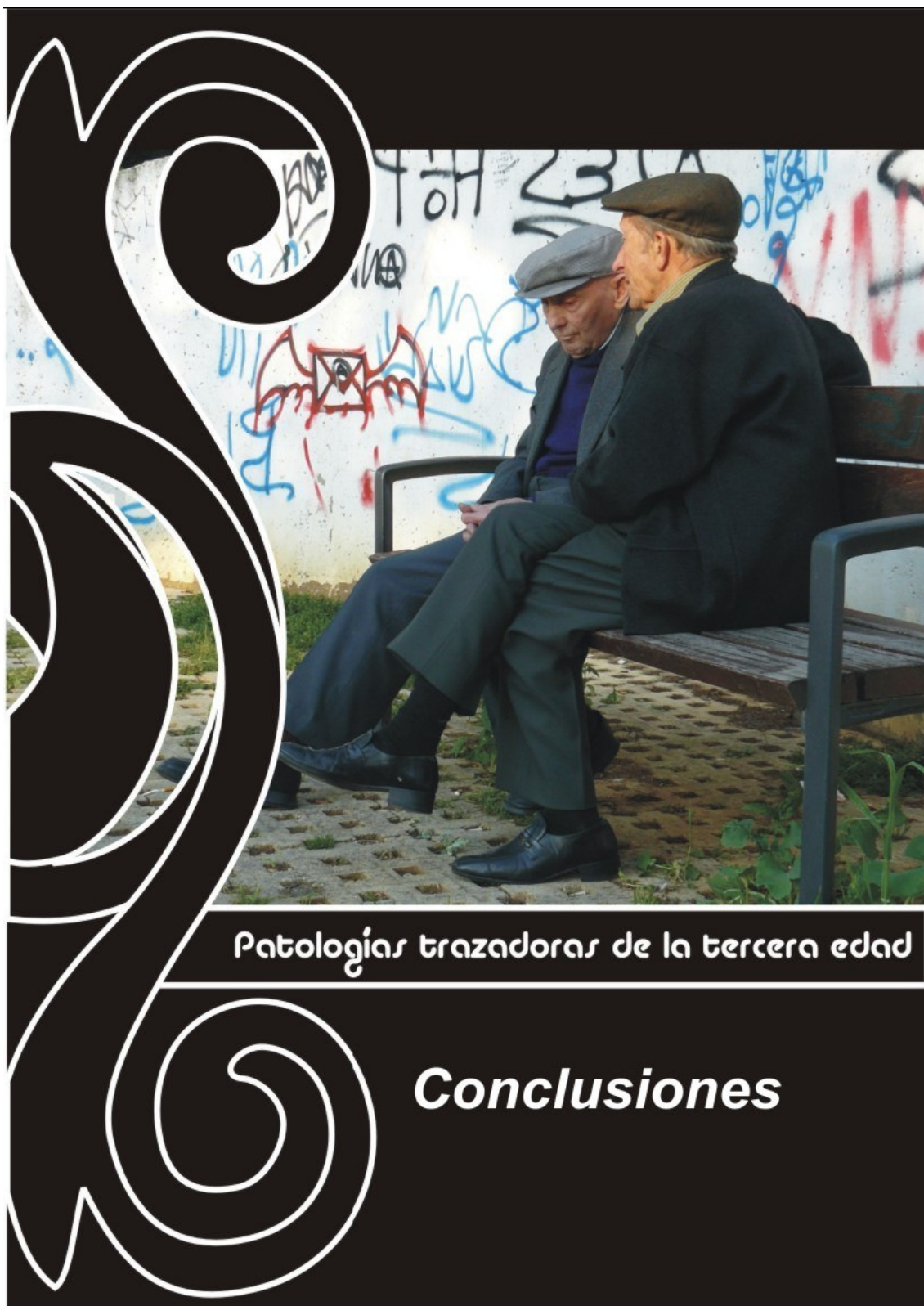
Dentro del subgrupo de los Síndromes Dolorosos del Raquis y sus raíces nerviosas, los de mayor prevalencia por gran margen de diferencia, son las lumbalgias, seguidas de las cervicalgias.

A su vez estos dos diagnósticos tienen una gran incidencia sobre el total de los diagnósticos dentro del área prevalente de la reumatología.

Gráfico n° 6: Patologías trazadoras dentro del subgrupo prevalente del Área Médica Reumatología



Respecto a la variable “sexo de los pacientes”, no se observó datos significativos, solo que acuden en mayor medida a la atención kinésica las mujeres (sexo femenino). La proporción por diagnóstico es la misma.



Patologías trazadoras de la tercera edad

**Conclusiones**



El presente trabajo pretendió estudiar la tendencia cuantitativa de las enfermedades y su promedio.

En la comunidad local, en este cohorte, la patología de mayor prevalencia en un punto (mes de octubre) derivada a tratamiento kinésico, fue la reumática.

Le siguen en orden descendente: las traumatológicas, los post-quirúrgicos (cirugía) y las neurológicas.

Dentro del área de la reumatología, se destacan procesos dolorosos como lumbalgias, cervicalgias, periartrosis escapulo-humerales, gonalgias, otras. Llama la atención la ausencia de diagnósticos de Artritis Reumatoidea y Parkinson, trazadores en la bibliografía consultada. Una posible situación puede ser que pacientes con estos diagnósticos sean derivados a Instituciones especializadas en la atención de estas patologías en particular.

La mayor cantidad de pacientes, se encuentran en el rango de edad de los 70 años de edad (de 70 a 79 años de edad). Este patrón se respeta en los diferentes Centros Asistenciales.

El análisis retrospectivo de los datos precedentes permitió llegar a resolver el problema del trabajo:

*¿Cuáles son las patologías de prevalencia puntual en pacientes de la tercera edad de la ciudad de Mar del Plata, en la modalidad ambulatoria?*

Cumpliendo con los objetivos, se realizó la confección del Protocolo de Evaluación y Agentes Kinesofisiológicos a utilizar, acordes a las patologías. El mismo contempla:

- Enfoque clínico;
- Enfoque pronóstico;
- Enfoque operacional;
- Pautas y cuidados.

La formulación del protocolo de Evaluación servirá como herramienta de base a la hora de tomar decisiones sobre la terapéutica adecuada en cada caso en particular teniendo en cuenta todas las opciones y variables posibles. Queda claro que la utilización de protocolos es una manera óptima de registrar información valedera, con el fin de optimizar la calidad de atención kinésica y mejorar la salud de los pacientes.

Este proceso natural de la población estudiada, que es el envejecimiento, teniendo en cuenta los cambios demográficos que está experimentando nuestra sociedad, genera nuevas necesidades y demandas a las que es necesario dar respuestas adecuadas. Esto significa que al aumentar la expectativa de vida media, aumenta la población de gerontes, situación que no tiene que tomar por sorpresa a los profesionales de la salud y por supuesto a los kinesiólogos.

Dentro de los equipos de salud dedicados a atender a esta población en estudio, debe ser destacada la presencia del kinesiólogo, pues es un profesional que puede dar un enfoque multidisciplinar adecuado. La kinesifilaxia mediante los consejos para lograr una buena higiene de vida, sobre todo la actividad física controlada por un profesional de la salud, es otro motivo para destacar la importancia del kinesiólogo y la ingerencia en esta población en particular.

Como kinesiólogos debemos asegurarnos que la evaluación de una persona de tercera edad descubra las verdaderas causas de los problemas, evitar la generalización de las personas de tercera edad, y evitar dar por sentado que sus problemas están relacionados con la edad.

No debemos perder el hambre por conocer la verdad que hay ante nosotros, con el espíritu de aprender siempre un poco más sin olvidar que aprendemos gracias a los pacientes. Debemos adoptar una aptitud positiva sobre las capacidades potenciales de los mismos.

Personalmente considero que la gerontokinesiología, es una especialidad dentro de la kinesiología, que resulta indispensable en el presente y lo será más a aún en el futuro. Esto se debe en primer lugar a los cambios demográficos que se están experimentando y las necesidades que genera el proceso de envejecimiento, y en segundo lugar porque el kinesiólogo tiene desde la terapéutica y la rehabilitación, un rol preponderante dentro del equipo salud, para la atención de la población geronte.

Queda como propuesta a futuro, poner en práctica el protocolo de Evaluación formulado. Es mi opinión que nuevos estudios retrospectivos, que respeten este diseño metodológico en períodos de cada tres meses durante los doce meses de un año (4 muestras puntuales) podrían ratificar o rectificar la patología prevalente.



Patologías trazadoras de la tercera edad

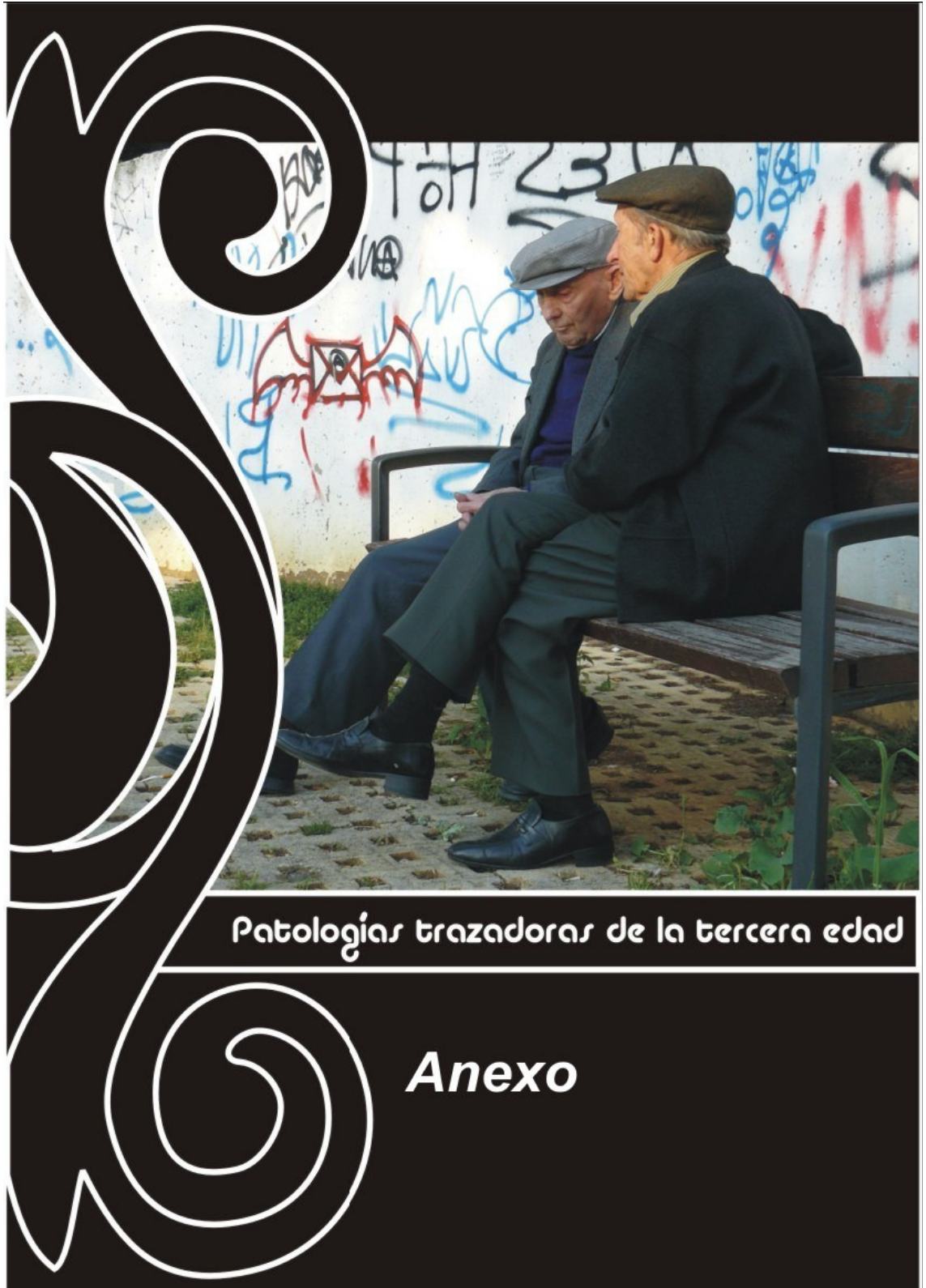
***Bibliografía***

## Bibliografía:

- Coggon, D; Rose, G; Parker, D.J.P.. **Epidemiología para Principiantes**. Ed. British Medical Journal. Londres. 2004.
- Cossio, P. Fustoni, O. Rospide, P. **Semiología Médica Fisiopatológica**. Editorial CTM (2001)
- David, E; Lloyd, J. **Rehabilitación Reumatológica**. Editorial Harcourt. Madrid. 2002.
- Daza Lesmez, J. **Evaluación clínico-funcional del movimiento corporal humano**. Bogotá. Editorial Médica Panamericana. 2007
- Downie. **Kinesiología en ortopedia y reumatología**. Editorial Médica Panamericana
- García-Pelayo, R. Gross. **Diccionario Pequeño Larousse**. Editorial Larousse.1972.
- Insuani, E. Informe **sobre la 3° Edad en la Argentina**. 2001
- J. Carr, R. Shepherd. **Fisioterapia en los trastornos cerebrales**. Editorial Médica panamericana. 1985.
- Kendall's, F. P. **Músculos: pruebas, funciones y dolor postural**. 4° Edición. U.S. Editorial MARBAN.
- Mladenovic, J. **Secretos de la Atención Primaria**. Editorial McGraw Hill. México D.F..2002.
- Navarro, A. **Alimentación, Nutrición y Ancianidad**. Editorial Médica Panamericana. 2003.
- Rebelatto JR, Morelli JGS. **Fisioterapia Geriátrica. Práctica asistencial en el anciano**. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2005.
- Rodríguez Suarez, J. **Aprendizaje Basado en Problemas**. Editorial Médica Panamericana. México D.F. 2002.
- Sutcliffe B. **El papel de la Fisioterapia en la atención de las personas de la tercera edad**. Madrid: INSERSO; 1992.

Paginas Web:

- Carvalho, REM; Liasza, S. Evaluación del Deterioro Presentado en personas de la Tercera Edad en un Hospital General. Rev. Mex. Med. Fis. Rehab. 2006; 19 (1): 8-15. <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-fisica/e-mf2007/e-mf07-1/em-mf071c.htm>
- Ledesma Custardoy, M. B.. Fisioterapia y Psicomotricidad en Geriatría. 2007. <http://eFisioterapia.net>. artículos geriatría.
- Pineda Galán, Consolación; Guillén Romero, otros. **Estudio Analítico Descriptivo del Equipo de Salud en las Residencias Geriátricas de Málaga: el Papel del Fisioterapeuta**. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud Málaga. Área de Fisioterapia. Universidad de Málaga. <http://www.uv.es/~revfisio/originales2.htm>
- <http://www.fundacioninfosalud.org/anciano.htm>
- <http://www.gerontologia.com.ar/frameset.html>
- <http://www.luisbernal.com/fisio/articulos/fisioterapiaenelanciano>
- <http://www.sagg.org.ar/>



Patologías trazadoras de la tercera edad

**Anexo**

Anexo nº 1:

Protocolo de Evaluación y Agentes kinesifisiátricos a utilizar en Afecciones reumáticas	
Apellido y nombre:.....	
Edad:.....	
Diagnóstico:.....	
Fecha de ingreso a Kinesiología:.....	
Profesional responsable:.....	
Antecedentes relativos al diagnóstico actual:.....	
Tipo de Actividad Laboral:.....	
Osteoporosis:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Fracturas:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Dónde?.....
Otros antecedentes:.....	
Síntoma dolor:	
Intensidad	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 (10 máx. dolor)
En reposo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Localizado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Dónde?.....
En actividad	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Irrradiado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿A dónde?.....
Nivel de colaboración: suficiente <input type="checkbox"/> insuficiente <input type="checkbox"/>	
Libertad articular funcional activa	
	mantiene el recorrido en 3/4 del reco en 1/2 del reco sin recorrido
Cuello/cabeza	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hombro/cod./muñ./m.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cadera/rod./tob./pie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tono:	
Hipotono	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipertono <input type="checkbox"/>
Sensibilidad:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/>
Disminuída	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/>
Trofismo:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/>
Disminuído	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/>
Contractura	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Dónde?.....
Actividades motrices integradas	
	Dependiente Independiente
Rola (pasa de DD a DV)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Se sienta (DD a sedente)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Se para (sedente a bipedestación)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Marcha	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Corre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Salta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Actividades de la vida diaria:	
	Dependiente Independiente
Baño (esponja, ducha, bañera)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vestirse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Uso del baño (inhodoro)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Transferencias	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Continencia (control de esfínteres)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Etapa	
	Aguda <input type="checkbox"/> Crónica <input type="checkbox"/>

Tabla de tratamiento kinésico y seguimiento

Etapa	Etapa:	Etapa:	Etapa:	Etapa:	Etapa:	Etapa:	Etapa:	Etapa:	Etapa:	Etapa:
<b>Fecha</b>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<b>Kinesioterapia:</b> Movilización pasiva Ejercicios asistidos Ejercicios activos Masoterapia Otros										
<b>Fisioterapia:</b> Onda Corta Infrarojo Magnetoterapia Ultrasonido Láser Electroestimulación Electroanalgesia Otros										
<b>Próximo encuentro:</b>										
<b>Consejos:</b>										



Anexo n° 2: Tabla con totales de diagnósticos

ÁREA	TOTAL		SUBGRUPO POR ÁREA	TOTAL	DIAGNÓSTICO	TOTAL					
NEUROLOGÍA	33	6,55%	enfermedades del SNC	25	4,96%	hemiplejía	25	4,96%			
			afecciones neurológicas periféricas	8	1,59%	parálisis facial	8	1,59%			
CIRUGÍA	38	7,54%	patología de los capilares y de los vasos linfáticos	5	0,99%	linfedema	5	0,99%			
			amputaciones	6	1,19%	amputación (DBT)	6	1,19%			
			cirugía de cadera	22	4,37%	reemplazo total de cadera	21	4,17%			
					0,00%	osteosíntesis de cadera	1	0,20%			
			cirugía de rodilla	4	0,79%	reemplazo total de rodilla	4	0,79%			
ORTOPEDIA	8	1,59%	cirugía de pie	1	0,20%	post.operatorio hallux valgus	1	0,20%			
			anomalía del raquis	1	0,20%	espondiloartrosis	1	0,20%			
			desviaciones de la columna vertebral	7	1,39%	escoliosis	5	0,99%			
					0,00%	cifosis	1	0,20%			
RESPIRATORIO	5	0,99%	sind respiratorio	3	0,60%	EPOC	3	0,60%			
			enfermedades respiratorias	2	0,40%	neumonía	1	0,20%			
REUMATOLOGÍA	378	75%	anomalía del raquis lumbosacro	3	0,60%	espondilolistesis lumbar	3	0,60%			
						patología articular	118	23,41%	artralgia de tobillo	1	0,20%
								0,00%	artrosis cervical	22	4,37%
			0,00%	artrosis lumbar	6			1,19%			
			0,00%	artrosis lumbosacro	2			0,40%			
			0,00%	artrosis manos	1			0,20%			
			0,00%	condromalacia rotuliana	2			0,40%			
			0,00%	coxalgia	6			1,19%			
			0,00%	coxartrosis	9			1,79%			
			0,00%	gonalgia	32			6,35%			
			0,00%	gonartrosis	28			5,56%			
			0,00%	hernia de disco	4			0,79%			
			0,00%	osteonecrosis rodilla	1			0,20%			
			0,00%	rizartrrosis	3			0,60%			
			0,00%	sacroileítis	1			0,20%			
			patología yuxtaar y extraar	96	19,05%			bursitis trocánterea	1	0,20%	
					0,00%			epicondilitis	4	0,79%	
					0,00%			espolón calcáneo	1	0,20%	
					0,00%			fascitis plantar	2	0,40%	
					0,00%	fibromialgia	2	0,40%			
					0,00%	metatarsalgia	4	0,79%			
					0,00%	periartritis escapulohumeral	50	9,92%			
					0,00%	sind femoropatelar	1	0,20%			
					0,00%	síndrome túnel carpiano	2	0,40%			
					0,00%	talalgia	2	0,40%			
					0,00%	tendinitis Aquiles	2	0,40%			
					0,00%	tendinitis bíceps braquial	1	0,20%			
					0,00%	tendinitis dorsal ancho	1	0,20%			
					0,00%	tendinitis pata de ganzo	9	1,79%			
			0,00%	tendinitis peroneos	1	0,20%					
			0,00%	tendinitis tibial posterior	1	0,20%					
			0,00%	tenosinovitis de De Quervain	1	0,20%					
			0,00%	trocantéritis	11	2,18%					
			sind dolorosos raquis y raíces nerviosas	160	31,75%	cervicalgia	65	12,90%			
					0,00%	cervicobraquialgia	9	1,79%			
					0,00%	cervicobraquialgia-dorsolumbalgia	1	0,20%			
					0,00%	dorsalgia	8	1,59%			
0,00%	lumbalgia	77	15,28%								
sind por compresión y atrap y algias diversas	1	0,20%	neuropatía cubital	1	0,20%						
TRAUMATOLOGÍA	42	8,33%	traumatismos de codo	2	0,40%	fractura codo	2	0,40%			
			traumatismos de la columna vertebral	1	0,20%	fractura L1	1	0,20%			
			traumatismos de la pelvis y cadera	2	0,40%	fractura ala iliaca	1	0,20%			
					0,00%	fractura proximal de femur	1	0,20%			
			traumatismos de la pierna	1	0,20%	fractura de tibia y peroné	1	0,20%			
			traumatismos de la región braquial	1	0,20%	contractura triceps	1	0,20%			
			traumatismos de la región escapular	5	0,99%	fractura cabeza de húmero	3	0,60%			
					0,00%	fractura cuello humero	1	0,20%			
					0,00%	luxación de hombro	1	0,20%			
			traumatismos de mano y muñeca	14	2,78%	fractura de muñeca	13	2,58%			
					0,00%	traumatismo manos	1	0,20%			
			traumatismos de rodilla	1	0,20%	luxación de rótula	1	0,20%			
			traumatismos musculares	2	0,40%	desgarro musc. Intercostales	1	0,20%			
					0,00%	contractura gemelos	1	0,20%			
			traumatismos de tobillo	11	2,18%	esguince tobillo	6	1,19%			
		0,00%	fractura de tobillo	5	0,99%						
traumatismos del pie	2	0,40%	fractura calcáneo	1	0,20%						
		0,00%	fractura 5º metatarsiano	1	0,20%						
	<b>504</b>	<b>100,00%</b>		<b>504</b>	<b>100,00%</b>		<b>504</b>	<b>100,00%</b>			