UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA

ESPECIALIDAD DE RADIOLOGÍA

TESIS

“Prevalencia de escoliosis lumbar según radiografía en pacientes adultos del centro de radiología intervencionista Cerin. Abril – Setiembre 2021”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN TECNOLOGÍA MÉDICA - ESPECIALIDAD DE RADIOLOGÍA.

Autor (a):

Bach. Rubio Chamorro, Yessenia Isabel

Asesor (a).

Dra. Monteagudo Zamora, Vilma

(ORCID:0000-0002-7602-1807)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Integral Humana

PIMENTEL – PERÚ

2025

UNIVERSIDAD DE CHICLAYO

ACTA DE CONTROL DE ORIGINALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, **DRA. VILMA MONTEAGUDO ZAMORA**, asesor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela de Tecnología Médica, he realizado el debido control de originalidad de la investigación, el mismo que está dentro de los porcentajes establecidos para el nivel de pregrado, según la Directiva de similitud vigente en la UDCH; además certifico que la versión que hace entrega es la versión final del informe presentado por el bachiller: **RUBIO CHAMORRO, YESSENIA ISABEL**, titulado: **"PREVALENCIA DE ESCOLIOSIS LUMBAR SEGÚN RADIOGRAFÍA EN PACIENTES ADULTOS DEL CENTRO DE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA CERIN. ABRIL – SETIEMBRE 2021"**
Elaborado por el estudiante. **RUBIO CHAMORRO, YESSENIA ISABEL.**
Se deja constancia que la investigación antes indicada tiene un índice de similitud del **20 %** verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el software de similitud **TURNITIN**.

Por lo que se concluye que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con lo establecido en la Directiva sobre el nivel de similitud de productos acreditables de investigación vigente.

Pimentel, 03 de marzo del 2025

Dra. VILMA MONTEAGUDO ZAMORA

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISION DE GRADOS Y TITULOS

ACTA DE SUSTENTACIÓN PARA TITULO PROFESIONAL

En Chiclayo, a los veinticuatro días del mes de abril del año dos mil veinticinco, ante el Jurado constituido por:

PRESIDENTE	:	**DR. JOSE GERARDO CHANCAFE RODRIGUEZ**
SECRETARIO	:	**MG. FELIX TORRES CHANAME**
VOCAL	:	**LIC. LUIS ROLANDO MONTENEGRO SANTA MARIA**
La Graduada	:	**RUBIO CHAMORRO YESSENIA ISABEL**

El título de la Tesis a sustentar es: **PREVALENCIA DE ESCOLIOSIS LUMBAR SEGÚN RADIOGRAFÍA EN PACIENTES ADULTOS DEL CENTRO DE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA CERIN. ABRIL – SETIEMBRE 2021;**

Para optar el Título Profesional de Licenciado en **TECNOLOGIA MEDICA – ESPECIALIDAD DE RADIOLOGIA**, obteniendo el siguiente calificativo: aprobado por UNANIMIDAD

DR. JOSE GERARDO CHANCAFE RODRIGUEZ
Presidente

MG. FELIX TORRES CHANAME
Secretario

LIC. LUIS ROLANDO MONTENEGRO SANTA MARIA
Vocal

DEDICATORIA

Quiero dedicarle este trabajo:

A mis abuelos por criarme, guiarme y cuidarme siempre,
ellos me enseñaron a no rendirme y seguir luchando.
A mi prima Martha por darme apoyo incondicional siempre
para terminar mis estudios y seguir con mis metas.

Rubio Chamorro Yessenia

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Carlos Fiestas Fernandez del Centro de Radiología Intervencionista CERIN, por brindarme apoyo en el internado y aceptar mi solicitud para mi recolección de datos.
A la Universidad Particular de Chiclayo, por los años bridados de mi formación profesional.

A mi asesora la Dra. Vilma Monteagudo Zamora, por brindarme su apoyo y asesoría durante la elaboración de mi tesis.

Rubio Chamorro Yessenia

INDICE

Índice de contenidos……..4
Índice de tablas……5
Resumen……6
Abstract……..7
I. INTRODUCCIÓN……..……...8
II. DESARROLLO……..……...10
III. METODOLOGÍA……..…….17
3.1. Tipo de investigación……17
3.2. Diseño de investigación……17
3.3. Variables y operacionalización……17
3.4. Población, muestra y muestreo…….....17
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos…….....19
3.6. Procedimientos de recolección de datos……...19
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos……20
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS……..……21
4.1. descripción y análisis……..……21
4.2. Discusión……25
V. CONCLUSIONES……..27
VI. RECOMENDACIONES……28
VII. REFERENCIAS……..29
ANEXOS…….. ……37

INDICE DE TABLAS

Tabla N° **Pág.**

1. **Tabla N° 1:**
Determinación de la prevalencia de escoliosis lumbar según radiografía en pacientes adultos del Centro de Radiología Intervencionista CERIN. Abril – Setiembre 2021…….21
2. **Tabla N° 2:**
Características sociodemográficas de pacientes adultos con prevalencia de escoliosis lumbar según su edad y sexo del Centro de Radiología Intervencionista CERIN. Abril – Setiembre 2021……22
3. **Tabla N°3:**
Concavidad predominante de la escoliosis lumbar en pacientes adultos del Centro de Radiología Intervencionista CERIN. Abril – setiembre 2021……..…….23
4. **Tabla N°4:**
Análisis de presencia de enfermedades asociadas a la escoliosis lumbar según la edad de los pacientes adultos del Centro de Radiología Intervencionista CERIN. Abril – Setiembre 2021……..…….24

RESUMEN

El presente estudio determina la prevalencia de escoliosis lumbar según radiografía en pacientes adultos del Centro de Radiología Intervencionista CERIN. Abril – Setiembre 2021. Metodología básica, cuantitativa, no experimental, descriptiva retrospectiva. La población consta de 815 pacientes adultos, de estos 166 presentan escoliosis, utilizando como instrumento la ficha de recolección de datos. Encontramos que la prevalencia en escoliosis lumbar está representada por el 20.4%. De estos, el 63.9% corresponde al sexo femenino y en edad el rango de 71 años a más representó el 27.7% del total de pacientes con escoliosis. La concavidad derecha predomina con un 51.2%. La enfermedad con mayor asociación a la escoliosis es la espondiloartrosis lumbosacra con un 33.7%. La prevalencia en pacientes adultos según radiografía es baja en escoliosis lumbar en el Centro de Radiología Intervencionista CERIN. Abril – Setiembre 2021.

Palabras Clave: Escoliosis, prevalencia, radiografía

ABSTRACT

The present study determines the prevalence of lumbar scoliosis according to radiography in adult patients at the Center for Interventional Radiology CERIN. April – September 2021. Basic, quantitative, non-experimental, descriptive retrospective methodology. The population consists of 815 adult patients, of which 166 have scoliosis, using a data collection form as an instrument. We found that the prevalence of lumbar scoliosis is represented by 20.4%. Of these, 63.9% correspond to the female sex, and in age, the range of 71 years and older represented 27.7% of the total patients with scoliosis. Right concavity predominates with 51.2%. The disease most associated with scoliosis is lumbosacral spondyloarthrosis with 33.7%. The prevalence in adult patients according to radiography is low in lumbar scoliosis at the Center for Interventional Radiology CERIN. April – September 2021.

KEY WORDS: scoliosis, prevalence, radiography

I. INTRODUCCION

La escoliosis es la deformidad del raquis en sus tres dimensiones, especialmente la idiopática;[1,2] ocurre principalmente en los planos sagital y frontal, en especial la columna dorsolumbar. [2,11]La escoliosis de los adultos surge cuando termina el desarrollo en contorno a los 18 años, muchas veces deriva por una escoliosis de la infancia o aparece despues.[3] Es anómalo cuando el ángulo de Cobb es superior a 10º en esta patología. Es indoloro en su fase inicial, su detección compleja, requiere observación y seguimiento en los pacientes puesto que la progresión avanza en el tiempo.[2]

Esta anomalía va en incremento en los años postreros, donde el dolor lumbar es el mayor obstáculo para movilizarse;[5] la escoliosis se debe saber distinguir de la actitud escoliótica, ya que esta no presenta rotación en los cuerpos vertebrales, y la curvatura de la columna se da normalmente a una dismetría de los miembros inferiores, o alguna otra alteración postural. La causa se desconoce en la escoliosis idiopática estructurada.[13] Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de escoliosis es un tema muy debatible debido a la salud poblacional, ya que la primordial razón de consulta es de 70% en el mundo, requiriendo el 4% cirugía. Recalca que, al no tratarse, el dolor espaldar surge y lleva a la discapacidad de por vida.[4]

Según la OMS se reporta que la prevalencia de escoliosis es de 0,47% a 5,2% en su rango universal, donde 3 de cada 100 personas padecen un tipo de escoliosis.[3,5,7] siendo de mayor frecuencia la escoliosis en el adulto con 89%.[8] A nivel regional (Sudamérica), una Tesis de grado, demostró un 2 a 3% de escoliosis en una población de 45 a 70 años de edad. En Brasil la escoliosis en adultos es 1,74%, con predominio en 60 y 69 años sin diferencia significativa según género. En Ecuador las dolencias del raquis son estimadas como dolencias muy continuas dentro del poblado adulto mayor, donde la escoliosis y las hernias discales son de mayor prevalencia.[5]

En Perú, se informó 500 casos cada año, lo cual solo 125 se sometieron a tratamientos quirúrgicos debido a su alto precio.[7] Esta patología que padecen los adultos tienen pocos estudios realizados que hablan de ello en la ciudad de

Chiclayo, debido a que, los estudios sobre prevalencia de escoliosis se enfocan más en los niños y adolescentes dejando de lado a la población adulta que también se ve afectada por la escoliosis lumbar que afecta seriamente su salud y vida cotidiana. Por ende, se decidió realizar el trabajo de investigación de los pacientes que acuden al Centro de Radiología Intervencionista CERIN que presentan malestar debido a la escoliosis. Por lo tanto, nos haremos la siguiente pregunta: ¿Cuál es la prevalencia de escoliosis lumbar según radiografías en los pacientes adultos del Centro de Radiología Intervencionista CERIN Abril - Setiembre 2021?

Al investigar sobre escoliosis lumbar, ayuda conocer los signos y síntomas de los pacientes con las diferentes enfermedades que pueden estar asociadas a ella. Es importante que el tecnólogo médico en radiología este capacitado a la hora de realizar las radiografías; la importancia del estudio es aportar información sobre la escoliosis lumbar en el adulto, siendo fundamental porque va en aumento en la población senil y en nuestro país los estudios son muy pocos, este estudio ayudara con futuras investigaciones que complemente el estudio de la escoliosis, así como también los resultados que se obtendrán de los pacientes del Centro de Radiología Intervencionista CERIN nos dará un mejor detalle de la prevalencia de escoliosis lumbar que padece la población adulta de la ciudad de Chiclayo.

El presente estudio tiene como objetivo general: Determinar la prevalencia de escoliosis lumbar según radiografía en pacientes adultos del Centro de Radiología Intervencionista CERIN. Abril – Setiembre 2021 y como objetivos específicos: Describir las características sociodemográficas de pacientes adultos con prevalencia de escoliosis lumbar según su edad y sexo del Centro de Radiología Intervencionista CERIN, Identificar la concavidad predominante de la escoliosis lumbar en pacientes adultos del Centro de Radiología Intervencionista CERIN, Analizar la presencia de enfermedades asociadas a la escoliosis lumbar según la edad de los pacientes adultos del Centro de Radiología Intervencionista CERIN.

II. DESARROLLO

La siguiente información sobre la escoliosis se obtuvo de los diferentes trabajos previos relacionados al tema donde se obtuvieron los siguientes antecedentes internacionales:

K. Nicola, K. Elena, T. Svilen, N. Nikolay (Bulgaria - 2020), artículo con objetivo de evaluar el efecto de la escoliosis en los resultados de la exploración DXA (Radiografía de doble energía). Su estudio observacional descriptivo, cuantitativa que muestra a 1019 mujeres mayores de 40 años, teniendo resultados del 12.3% en mujeres con escoliosis lumbar que tienen más disenso de puntaje T de BMD que las mujeres no escolióticas.[35]

O. Paul, N. E. Niousha, D. E. Harrison (Canadá – 2020). El articulo describió las radiográfias esenciales en la detección de escoliosis, diagnóstico, tratamiento y manejo de los pacientes, su investigación cuantitativa, descriptiva de corte transversal tiene muestra de 13 mujeres escolióticas que se realizaron 22 radiografías de columna, la ficha de recolección de datos fue su instrumento. El estudio encontró que el exceso de cáncer es casi nulo en los pacientes en relación con el actual índice aproximado de cáncer en 40%. Por lo que, la aproximación de dosis máxima en pacientes con escoliosis es de 50 mSv, la ICRP estima un riesgo de cáncer de 5% por Sv, el 0,25% (0,05 Sv x 5%) indica el aumento en incidencia de cáncer. Por lo tanto, se sabe que el beneficio es mayor ante cualquier riesgo potencial calculado en las personas.[33]

M. Jeb, R. Carrie, S. Bryony, A. Alexander, G. Petra, T. Benjamin (Australia - 2020), tesis con objetivo de determinar la prevalencia de escoliosis de novo en adultos en una revisión sistemática y una metanálisis. Su investigación: cuantitativa, descriptiva y transversal, muestra a 4069 participantes entre 40 a 90 años. Instrumento: encuestas. El resultado determinó que: las probabilidades de sufrir escoliosis son más en mujeres a diferencia de los hombres ($p<0,001$), sus cifras de prevalencia son 41,2% (IC 95% 20,7-65,8) frente al 27,5% (IC 95% 12,2-51,1), respectivamente. En participantes de < 60 años obtuvieron una prevalencia de 13 % (IC del 95 %: 5,2 a 30,2), en participantes de mayor edad como de > 60 años [36 % (IC del 95 %: 17,4 a 60,6)] la prevalencia fue sustancial.[32]

S. Trevor, K. Diane, B. Neil, S. Hetzel, B. James, A. Paul (Alemania – 2021), artículo con objetivo de determinar el uso oportunista de la absorciometría de rayos X de energía dual para evaluar la escoliosis lumbar. Estudio cuantitativo, experimental, observacional y analítico. Tuvo muestra: 51 pacientes caucásicos. El análisis de datos fue su instrumento. Los resultados: Mujer: 84,3% 76,4% 92,1%; Caucásico: 100% 100% 100%; Diagnóstico previo de osteoporosis/osteopenia: n/a 56,8%; Tratamiento previo de osteoporosis - n/a 98,0%; Puntuación T ≤ −2,5 (L1–L4, FN o 33 % de radio) 42,2 % 43,1 % 41,1 %; Curvatura lumbar ≥ 10° en DXA 26,4% 21,6% 31,3%; Curvatura lumbar ≥ 10° en radiografía AP - n/a 41,2%.[34]

Izurieta A, Kevin (Ecuador - 2022), tesis con objetivo de establecer la prevalencia de escoliosis degenerativa de columna lumbar en pacientes mayores de 40 años diagnosticada por radiología convencional en la Fundación Mosquera en Tumbaco. Quito, durante el periodo julio a diciembre del 2020. Estudio descriptivo retrospectivo que muestra 94 pacientes, Instrumento: hoja de recolección de datos. Resultado: en pacientes de 40 a 45 años la prevalencia es de 18%, le sigue pacientes de 56 a 60 años con el 15,96% y pacientes de 66 a 70 años tiene 14,89%, finalmente pacientes de 86-95 años tiene la menor prevalecía con 2.13%. Predomina la convexidad derecha con 61,70%, le sigue la convexidad izquierda que tiene 37,23% y por último la dextroconvexa representada por el 1,06%. El género femenino es más afectado con 59,57% a diferencia del género masculino con 40,43%.[5]

En los antecedentes nacionales se consultó los siguientes trabajos de investigación como el tema de Fernández S, Shirley B (Perú - 2019), tesis con objetivo: determinar la Validez de la Radiografía anteroposterior y lateral en la detección de Escoliosis en el Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Lujan de Bagua, Amazonas. Estudio cuantitativo, retrospectivo y transversal, diseño: No Experimental – Descriptivo con muestra de 65 pacientes. Instrumento: ficha de recolección de datos. Resultados: su mayor rango pacientes de 30-64 años con 35 % y pacientes de >12 años tiene rango menor con 3%; con (39) 60 % el sexo femenino tiene mayor rango y con (26) 40% sexo masculino tiene menor rango; 95 % presenta mala postura y buena postura tiene 3 pacientes con 5%; el peso de pacientes según IMC de mayor rango (31) 48 % son obesos y en el IMC normal de pacientes con menor

rango fue (11) 17%; la lateralidad manual: diestros (57) 88 % y zurdos (8)12%; 35 pacientes con grado leve (35) 54 %y grado severo (7) 11%.[3]

Calapuja Ch, Renzo J (Perú – 2019), tesis con objetivo de identificar la prevalencia y sus características clínicas de la escoliosis del adulto del personal de tropa en servicio militar activo, Guarnición Arequipa. Estudio de campo con diseño observacional, prospectivo y de corte transversal. La muestra de140 participantes tiene instrumento la ficha de recolección. Resultados: presentaron escoliosis el 8.57% y no presentaron 91.43%. Participantes de 18 años tienen 10%, todos hombres con 9.64%. Con familiares escoliótico 18.18%. Nacimiento prematuro: tiene escoliosis 50% y no tienen escoliosis 50%. Columna afectada: torácica 66.67%, dorsolumbar 8.33% y lumbar 25%, la severidad de todos los participantes es de escoliosis leve.[16]

Honores S, Juan J (Perú – 2021), tesis con objetivo: determinar si existe correlación entre el Índice de Cobb de curvatura escoliótica por Radiografía Digital e Índice de Masa Corporal en pacientes de Radiomédicas SAC, Lima en el año 2019. Estudio descriptivo prospectivo de corte transversal, diseño: no experimental y enfoque cuantitativo. Muestra: 157 pacientes. Instrumento: ficha de recolección de datos. Resultado: la media del Índice de Cobb de la curva de escoliosis tuvo 21.3° ± 9.3°, en pacientes con 45.8 ± 23 años y el IMC fue 26.4 ± 4.1 kg/m2. Pacientes femeninos fueron evaluados con 56.1%. La población etaria que tuvo 40,1% son adultos; adulto mayor fue 29,3%, adulto jóven19,1 %, adolescente 7,6% y niño 3,8%.[37]

Quiroz P Ruth (Perú- 2022), tesis con objetivo: determinar la frecuencia de escoliosis por imagen de radiografías en adultos mayores del Hospital Regional Virgen de Fátima, Amazonas en el año 2019. Estudio: descriptivo, observacional, retrospectiva, transversal y de análisis estadístico invariado. Muestra: pacientes de 60 a 90 años. Resultados: tuvo 50 adultos con escoliosis, adultos de 60 a 70 años son más frecuentes (n = 23) 28,7%, le siguió adultos de 81 a 90 años (n = 14) 17,5% y adultos de 71 a 80 años en último lugar (n = 13)16,3%. Concluyo que los adultos mayores tienen frecuencia de escoliosis en un 100%.[20]

Gonzales V, Yugi W (Perú - 2023), tesis con objetivo: determinar la prevalencia de escoliosis de columna lumbosacra en pacientes adultos del Hospital “El Buen Samaritano” Bagua Grande, Amazonas. en el año 2022. Investigación: descriptiva

- transversal, método cualitativo y cuantitativo. Instrumento: cuestionario y encuestas, muestra: 108 pacientes. Resultados: las radiográfica de 108 pacientes; un paciente presentó escoliosis estructurada en la columna lumbosacra y 51.85% presentó escoliosis no estructurada, tienen el 25% de pacientes sin escoliosis, tienen escoliosis leve el 20.37%, presentó escoliosis moderada un 6.48% y escoliosis severa un 0.93%.[4]

En los antecedentes locales tenemos a Rojas V, Astrid K (Lambayeque – 2021). Tesis con objetivo: determinar la relación entre las patologías vertebrales y la higiene postural de los pacientes en el Centro L & C Fisioterapia de Chiclayo. Investigación: cuantitativo, correlacional de diseño no experimental: descriptivo-correlacional. Muestra: 76 pacientes. Instrumento: técnica de la encuesta en la escala de Likert. Resultados: causas traumáticas (r=0,258), mecánicas (r=0,358) e inflamatorias (r=0,371) la variable patológica vertebral arrogó tres casos de correlación positiva baja. La hipótesis alternativa (P<0,05) mostró variables evaluadas al 78,9% en pacientes con afección en la columna vertebral de grado leve y pacientes que practican mala postura tienen un 82,9%.[41]

Guevara P, Diana L. (Lambayeque - 2023), tesis con objetivo: determinar la prevalencia de las alteraciones posturales de columna en estudiantes del Colegio Emblemático Cruz de Chalpón, Motupe. Investigación: cuantitativa, correlacional, Diseño: no experimental: descriptivo-transversal, muestra: 134 estudiantes; instrumento: técnica de encuesta y cuestionario dicotómico. Resultados: estudiantes con cifosis 40.3%, hiperlordosis 35.8% y escoliosis 24.6%. Con cifosis, el 44% presentó dolor cervical, el 29.1% molestar para inclinarse y el 32.8% mala postura. Escoliosis el 19.4% sabía que la tenía y presentaron dolor dorsal, el 11.5% se observó asimetría en hombros y crestas ilíacas. Se concluyó que el 23.9% refiere de dolor lumbar y 23.1% de abundante dolor en la espalda inferior para moverse, síntomas relacionados con la hiperlordosis. [43]

A. Diego, Z José, H. Carlos, C. R Maribel, P. Verónica, S. Rodrigo, P. Eric (Lambayeque– 2023), presentaron un artículo con objetivo de analizar críticamente la evidencia sobre la eficacia y seguridad de la corrección quirúrgica de las deformidades de la columna vertebral con el uso de la técnica coplanar, en comparación con la técnica de rotación convencional en pacientes niños, jóvenes y

adultos de Chiclayo. La investigación cuantitativa con diseño observacional descriptiva tuvo una muestra de 41 participantes. Su instrumento formuló la pregunta formato PICO. Resultados: En el ECA el ángulo de Cobb no encontró diferencias significativas, ni las tasas de corrección de la curva del ángulo de Cobb entre los determinados grupos de la TCAV vs. la TDC (71,8% vs. 68,4 %; p = 0,58). Reporta diferencia significativa en la tasa de corrección de la curva, a favor de la TDC (78,4 % vs. 84,8 %; p = 0,045).[40]

Menor R, Luis F (Lambayeque - 2023), tesis con objetivo: determinar la prevalencia de escoliosis lumbar en adultos por estudio radiográfico, centro médico Medisag, Chiclayo. Estudio: cuantitativo, descriptivo, observacional, retrospectivo. Muestra: 92 adultos de 30 a 70 años, instrumento: ficha de registro de datos. Resultados: con escoliosis el 54.35%(n=50), la mayor frecuencia fue de los adultos de 51 a 60 años con 77.78% (n=21), le siguieron edades de 61 a 70 años con 45% (n=18), luego los de 41 a 50 años con 60% (n=6), y por último los de 30 a 40 años con 33.33% (n=5). La convexidad predominante fue el lado izquierdo 31.52% (n=29), grado severo con escoliosis leve de 31.52% (n=29) y su mayor prevalencia el sexo femenino con 56.45% (n=29). Concluyendo así una prevalencia mayor de (54.35%) en el periodo de enero a junio del 2022.[19]

Lizana Ch, Nathaly R (Lambayeque - 2024), tesis con objetivo: determinar el valor diagnóstico de la escoliosis lumbar por radiografía en adulto mayor de un Hospital Privado Juan Pablo II de Chiclayo en el periodo 2022. Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Diseño: no experimental y transversal. Muestra a 22 pacientes con informes radiográficos de 60 a más años de edad, instrumento: ficha de recolección de datos. Resultados: con presentaron escoliosis leve pacientes menores de 76 años de edad con 63,6% a diferencia de la escoliosis moderada que presentaron pacientes mayores de 76 años con 18,2%.[36]

La escoliosis es una anomalía del raquis con rotación tridimensional,[9,19] tiene un curvatura lateral en la columna vertebral,[12,19,24] su apariencia es de “S” o “C” en lugar de una recta “I”.[6] Ocurre en cualquier período del ser humano, la más común es “la escoliosis idiopática”,[6,8] que no presenta origen exacto y afecta al 70% a 80% de la población.[6] También presenta: Plano frontal: curva convexa dirigida hacia la

derecha (dextroescoliosis, con mayor frecuencia) o hacia la izquierda (levoescoliosis); Plano sagital: hipocifosis (mayor frecuencia) e hipercifosis y Rotación vertebral: máxima frecuencia en el ápex de la curva.[7] La gravedad de las curvas escolióticas pueden ser: (Leves:10° a 20º, Moderadas: 20° a 40°, Severa: >40º).[5,7]

Las mujeres padecen más la escoliosis,[19] su prevalencia de 37,6% se da en individuos mayores de 60 años de edad.[8,10,20] La escoliosis lumbar degenerativa progresa muy rápido lo cual reduce la calidad de vida y salud de los pacientes considerablemente.[10,11] la principal queja es el dolor presentado en un 25% a 80% en pacientes adultos (dolor de espalda mecánico, dolor de glúteos y, ocasionalmente, radiculopatía o claudicación neurogénica). La seudoclaudicación sucede en el 13% en consecuencia de los cambios degenerativos dentro de la curva lumbar;[22,23,25,27]

En el adulto la escoliosis presenta la elasticidad disminuida en las estructuras ligamentosas, estrechura de los espacios discales que se juntan endureciendo las curvaturas primarias y secundarias o compensatorias,[25,28,30] es importante que se evalué clínicamente porque puede presentar: una cadera más elevada que la otra, una escapula más prominente que la otra, músculos diferentes de un lado de la columna, cintura inclinada y un hombro más elevado que el otro. [12,24-26,29] El grado de Risser va medir el diagnóstico la madurez esquelética,[13,23] que en la escoliosis la progresión continuara, debido a la curva continua que progresa de por vida.[16]

El signo principal del diagnóstico de la escoliosis es el desvío de la línea media del raquis gracias a las radiografías;[14] Siendo el estándar de oro para cuantificar la magnitud de la deformidad espinal.[15] Los métodos usados son: ángulo de Cobb que es efectivo para validar la escoliosis,[17,18] cuantificar la magnitud, deformación y gravedad de la columna vertebral, sus resultados sirven para evitar cirugías innecesarias y optar mejores tratamientos;[18] Y el ángulo de Ferguson usado para prevenir y recategorizar lesiones mecánicas de la columna lumbar, por aumento de peso o esfuerzo físico; [21]

El radiólogo examinara radiografías pasadas con las más recientes y determinar si la curva del raquis es estable o se volvió más pronunciada.[38,39] En las radiografías se evalúa la proyección anteroposterior que comprende los criterios de localización

(dorsal, dorsolumbar, lumbar y lumbosacra), magnitud de la deformidad (ángulo de Cobb), la curvatura se diferencia de mayor y menor / compensatorios, vértebras en el extremo superior e inferior de la curva, vértebra apical, equilibrio coronal de la columna, oblicuidad pélvica, madurez esquelética (signo de Risser) y rotación vertebral.[41] Donde se incluye estudios de tomografía computarizada y resonancia magnética.[31]

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación: la investigación es de estudio básico, con enfoque cuantitativo, no experimental, descriptiva retrospectiva.

Tiene enfoque cuantitativo porque usará la observación, el análisis del muestreo y el tratamiento estadístico en la recolección de los datos que servirá para contestar las preguntas de la investigación. Su diseño es no experimental porque la variable no se manipulará por el bachiller, se limitará solo a observar el fenómeno**.**[44] Descriptiva porque este estudio solo fundamentará varios aspectos del fenómeno mostrado, no existe la manipulación de las variables, tampoco la búsqueda de causa efecto.[46] Es retrospectivo porque los acontecimientos ocurrieron en el pasado.[45]

3.2. Diseño de investigación: Con estudio Transversal y Longitudinal. No Experimental y Descriptivo (retrospectiva de corte transversal).[44]

Según el momento de la recolección de datos: Retrospectivo.

3.3. Variables y Operacionalización

Variables – indicadores

- Variable Independiente: prevalencia de escoliosis lumbar
- Variable Dependiente: no tiene

3.4. Población, muestra y muestreo.

Población.

La población estuvo formada por 815 pacientes adultos quienes acudieron al centro de radiología Intervencionista CERIN de la ciudad de Chiclayo, este número de pacientes adultos que se realizaron una radiología lumbar es de adultos de 18 a más años de edad en el periodo de abril a setiembre del año 2021, los datos serán obtenidos del centro de radiología intervencionista CERIN de la ciudad de Chiclayo del año 2021.[46]

Criterios de inclusión.

- Pacientes mayores de 18 años de edad, que se realizaron exámenes de la columna vertebral de abril a setiembre del 2021.
- Pacientes mayores de18 años de edad indistintamente de su sexo, que tengan escoliosis relacionadas a la columna lumbar (dorsolumbar, lumbar, lumbosacra).
- Pacientes mayores de 18 años de edad indistintamente que tengan enfermedades asociadas a la escoliosis lumbar.

Criterios de exclusión.

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes que no se realizaron la radiografía lumbar.
- Pacientes que presentan datos incompletos en sus informes radiográficos.
- Pacientes que no tienen escoliosis en la columna lumbar.

Muestra: La muestra es una parte de la población del estudio que cumplieron con los criterios de inclusión en el presente trabajo de investigación, en este caso se determinará la muestra con la siguiente formula estadística.[46]

Formula:

$$n = \frac{z^2(p)(q)N}{e^2(N-1) + z^2(p)(q)}$$

$$n = \frac{(1.64)^2(0.5)(0.5)\ 815}{(0.1)^2(815-1) + (1.64)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{548.006}{8.14 + 0.6724}$$

$$n = 62.18$$

N (población) = 815

p (probabilidad de éxito) = 0.5

q (probabilidad de fracaso) = 0.5

z (distribución normal) = 1.64

e (Error) = 0.1

n (muestra) = 62 paciente

la muestra

Por lo tanto, la muestra representativa para este estudio debe estar conformado por 62 pacientes o más.

Por lo tanto, la muestra de este estudio es válida porque encontramos 166 pacientes con escoliosis lumbar.

$$166 > 62$$

Muestreo: para el proceso de selección y recolección de datos, se realizó de manera probabilística eligiendo a los pacientes de manera aleatoria, posteriormente exportamos los datos en el programa de hojas de cálculo Excel.[46]

3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

Se realizó la técnica de revisión documentaria del área rayos X del Centro de Radiología Intervencionista CERIN. El instrumento utilizado es la ficha de recolección de datos (II Anexo).[47] Obteniendo así los datos necesarios del informe radiológico del paciente para el procesamiento final de los resultados que se pondrán al final en las tablas de análisis.

Esté instrumento mencionado sirve solo para recolectar información del paciente; se redacta también que, la ficha de recolección de datos presentada no es un instrumento de medición por eso no se valida ni tiene índice de confiabilidad.[16,20]

3.6. Procedimiento de recolección de datos e informaciones.

En primer lugar, se enviará una solicitud a la institución para solicitar autorización (la autorización estará incluido en el III ANEXO) y poder realizar la investigación, se tendrá la autorización de la institución del centro de Radiología Intervencionista CERIN. En segundo lugar, y a manera que ya conoceremos la muestra se

comenzará a recolectar los datos necesarios de los 166 pacientes cuyas coordinaciones se establecerán para poder revisar los documentos y lograr obtener la información que se necesitará de las radiografías de la columna vertebral con la información necesaria. En tercer lugar, se seguirá la aplicación del instrumento y crearemos una base de datos en Microsoft Excel (estará incluido en el IV ANEXO).[48]

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

La información será compilada a partir de los informes de las radiografías de la columna vertebral. Los formatos se revisarán meticulosamente, y posteriormente, serán considerados elegibles para el estudio si es que cumplen plenamente nuestros criterios de inclusión. Subsecuentemente, procederemos con la recolección de los datos en el formato previamente descrito. (IV Anexo).

Para el análisis de datos, nuestra data colectada será tabulada en una hoja cálculos de datos, para ello utilizaremos el paquete estadístico SPSS V.30.0 donde lograremos el análisis de datos según los objetivos dados en el estudio como la prevalencia de escoliosis lumbar, las características sociodemográficas, concavidades predominantes y enfermedades asociadas de la escoliosis lumbar de los pacientes. [49]

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

4.1. Descripción y análisis de resultados:

Tabla 1: Determinación de la prevalencia de escoliosis lumbar según radiografía en pacientes adultos del Centro de Radiología Intervencionista CERIN. Abril – Setiembre 2021

	N	Frecuencia (%)	Acumulado (%)
ACTITUD ESCOLIOTICA	358	43.9	43.9
ESCOLIOSIS	166	20.4	64.3
SIN ESCOLIOSIS	291	35.7	100.0
Total	815	100.0%	

Fuente: Elaborado por el bachiller

Interpretación:

En la **tabla 1**, se logra observar que la prevalencia de escoliosis lumbar según radiografías en los pacientes adultos es de 20.4% siendo este de menor rango. seguido de los pacientes sin escoliosis que tuvieron un 35.7% de rango intermedio. Así mismo, los pacientes con actitud escoliótica presentaron un 43.9% teniendo el mayor rango.

Tabla 2: Características sociodemográficas de pacientes adultos con prevalencia de escoliosis lumbar según su edad y sexo del Centro de Radiología Intervencionista CERIN. Abril – Setiembre 2021.

SEXO DEL PACIENTE		EDAD (EN AÑOS)						Total
		18 - 30 años	31 - 40 años	41 - 50 años	51 - 60 años	61 - 70 años	71 a más años	
M	N	12	7	8	8	7	18	60
	%	7.3	4.2	4.8	4.8	4.2	10.8	36.1
F	N	14	6	10	23	25	28	106
	%	8.4	3.6	6.0	13.9	15.1	16.9	63.9
Total	N	26	13	18	31	32	46	166
	%	15.7	7.8	10.8	18.7	19.3	27.7	100.0%

Fuente: Elaborado por el bachiller

Interpretación:

En la **tabla 2**, se logra observar que los pacientes con edades de 71 a más años mostraron un 27.7% con un mayor rango de prevalencia. A diferencia de los pacientes de 31 - 40 años de edad con 7.8% que presentaron menor rango; también destacó que los pacientes de sexo de femenino tuvieran mayor prevalencia de escoliosis lumbar con 63.9% y la menor prevalencia lo tienen los pacientes masculinos con 36.1%.

Tabla 3: Concavidad predominante de la escoliosis lumbar en pacientes adultos del Centro de Radiología Intervencionista CERIN. Abril – Setiembre 2021.

CONCAVIDAD	N	%
DERECHO	85	51.2
IZQUIERDO	62	37.3
DOBLE CURVA	19	11.5
TOTAL	166	100.0%

Fuente: Elaborado por el bachiller

Interpretación:

En la **tabla 3**, se identifica que la concavidad predominante en los pacientes adultos es del lado derecho con un 51.2%, le sigue la concavidad izquierda que presenta un 37.3% que es de predominancia intermedia y por último la doble curva con un 11.5% siendo la más baja.

Tabla 4: Análisis de presencia de enfermedades asociadas a la escoliosis lumbar según la edad de los pacientes adultos del Centro de Radiología Intervencionista CERIN. Abril – Setiembre 2021.

ENFERMEDAD	EDAD (EN AÑOS)												Total	
	18 a 30		31 a 40		41 a 50		51 a 60		61 a 70		71 a más			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Osteopenia	3	1.8%	1	0.6%	0	0.0%	5	3.0%	1	0.6%	2	1.2%	12	7.2%
Osteopenia, Artrosis	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	3.6%	9	5.4%	14	8.4%	29	17.5%
Osteopenia, Listesis	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	2	1.2%	1	0.6%	4	2.4%
Osteofitos	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%
Actitud Escoliótica	0	0.0%	1	0.6%	1	0.6%	0	0.0%	2	1.2%	2	1.2%	6	3.6%
Espondilosis Lumbar	0	0.0%	1	0.6%	7	4.2%	6	3.6%	5	3.0%	2	1.2%	21	12.7%
Espondiloartrosis Lumbosacra	0	0.0%	1	0.6%	10	6.0%	12	7.2%	12	7.2%	21	12.7%	56	33.7%
Otros	8	4.8%	7	4.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	4	2.4%	20	12.0%
No Tiene	15	9.0%	2	1.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	17	10.2%
Total	26	15.7%	13	7.8%	18	10.8%	31	18.7%	32	19.3%	46	27.7%	166	100.0%

Fuente: Elaborado por el bachiller

Interpretación:

En la **tabla 4**, se observa la espondiloartrosis lumbosacra con un 33.7% en total y su frecuencia es a la edad de 71 años a más con 12.7%, siendo menos frecuente a la edad 31 - 40 años con 0.6%; le sigue la osteopenia y artrosis con 17.5% en total y es más frecuente a la edad de 71 años a más con 8.4% y menos frecuente a la edad de 51 – 60 años y pacientes con osteofitos presentan únicamente el 0.6% en su totalidad apareciendo a la edad de 51-60 años siendo su frecuencia casi nula.

4.2. Discusión:

En la **tabla 1**, sobre la determinación de la prevalencia de escoliosis lumbar según radiografías en los pacientes adultos del Centro de Radiología Intervencionista CERIN. Abril – Setiembre 2021 se observa que, la prevalencia de escoliosis fue solo de un 20.4% de pacientes que la padecen, así mismo los pacientes sin escoliosis fueron 35.7% y hubo más pacientes con actitud escoliótica 43.9% en el Centro de Radiología Intervencionista CERIN, Este resultado se asemeja al trabajo de investigación por Calapuja Ch. Renzo J cuya tesis presentada a nivel nacional en Arequipa del año 2019, observo que la prevalencia de escoliosis fue de un 8.57% frente al 91.43% que no presento escoliosis en la Guarnicion de Arequipa.[16]

En la **tabla 2**, sobre las características sociodemográficas de pacientes adultos con prevalencia de escoliosis lumbar según su edad y sexo del Centro de Radiología Intervencionista CERIN. Abril – Setiembre 2021 se observa que, su predominio fue mayor en pacientes adultos de edades avanzadas de 71 años más con 27.7%, observo también pacientes femeninos con 63.9% donde su prevalencia fue significativa a diferencia de pacientes masculinos con 36.1% donde su porcentaje fue menor, encontramos estudios que se asemejan a nivel internacional realizado por los autores: M. Jeb, R. Carrie, S. Bryony, A. Alexander, G. Petra, T. Benjamin en Australia del 2020, su tesis observo una prevalencia mayor en pacientes mayores de 60 años a más con [36% (IC del 95%: 17,4-60,6)] donde las mujeres son las que más presentaron escoliosis con 41,2% (IC del 95%: 20,7-65,8) siendo su cifra mayor a la de los hombres con 27,5% (IC del 95%: 12,2-51,1), el estudio mostro resultados sustanciales en pacientes mayores donde en el sexo femenino prevalece la enfermedad.[32]

En la **tabla 3**, sobre la concavidad predominante de la escoliosis lumbar en pacientes adultos del Centro de Radiología Intervencionista CERIN. Abril – Setiembre 2021 se observa que, la concavidad derecha fue la que predomina con un 51.2% fue mayor a diferencia de las demás concavidades. Este estudio de investigación se asemeja al estudio realizado a nivel internacional en Ecuador por: Izurieta A, Kevin en la ciudad de Quito el año 2022 donde los resultados de la concavidad predominante lo presentan el lado derecho con 61.70%, el lado izquierdo tuvo 37.23% y por último con doble curva solo se presentó apenas un

1.06%.[5] Los datos son parecidos a los datos de la tabla presentada.

En la **tabla 4**, sobre el análisis de presencia de enfermedades asociadas a la escoliosis lumbar según la edad de los pacientes adultos del Centro de Radiología Intervencionista CERIN. Abril – Setiembre 2021 se observó que, la espondiloartosis lumbosacra fue la enfermedad más asociada a la escoliosis lumbar con un 33.7% y fueron más frecuentes a la edad de 71 años a más con un 12,7%, los de 31 - 40 años de edad se encontró 0.6% una cantidad mínima; las enfermedades como la osteopenia y artrosis tuvieron solo un 17.5% en total que resulto ser más frecuente a las edades de 71 años a más con 8.4% y a la edad de 51 – 60 años fueron menos frecuentes con 3.6% y por último los pacientes con osteofitos solo presentaron únicamente el 0.6% de su totalidad apareciendo solo a la edad de 51-60 años su frecuencia fue casi nula. Se debe recalcar que este trabajo presenta similitud con investigaciones a nivel internacional: S. Trevor, K. Diane, B. Neil, S. Hetzel, B. James, A. Paul. Alemania año 2021, el aporte tomado de este estudio fue las enfermedades asociadas a la escoliosis, donde solo se agregó a nuestra tabla las edades de los pacientes.[34] También encontramos a Izurieta A, Kevin, su tesis presentada en Ecuador el año 2022, aporto tomado del estudio fue como clasificó la escoliosis lumbar degenerativa conforme a los signos radiográficos de la columna de los pacientes,[5] que contribuyó con el tema.

V. CONCLUSIONES:

1. Se determina que la prevalencia de escoliosis lumbar según radiografía en los pacientes adultos del Centro de Radiología Intervencionista CERIN. Abril – Setiembre 2021 es de un 20.4%
2. Las características sociodemográficas de los 166 pacientes adultos con escoliosis lumbar del Centro de Radiología Intervencionista CERIN, demuestra que las edades más dolientes son de 71 años a más y tienen 27.7% de prevalencia. Siguiéndole las edades de 31-40 años con 7.8% con menor prevalencia. La afección de la enfermedad lo presentan con más frecuencia pacientes del sexo de femenino con 63.9%, seguido de los pacientes de sexo masculinos con 36.1% de menos frecuencia.
3. La concavidad predominante de la escoliosis lumbar se observó que, el lado derecho con 51.2% es de mayor prevalencia, por el contrario, el lado izquierdo observó un 37.3% y por último se observó que la doble curva tuvo un 11.5% siendo de menor prevalencia.
4. El análisis de presencia de enfermedades asociadas a la escoliosis lumbar según la edad de los pacientes adultos. En especial, observo que la espondiloartrosis lumbosacra representa un 33.7% siendo la de mayor prevalencia a diferencias de las demás enfermedades asociadas a la escoliosis, esta enfermedad es más frecuente a la edad de 71 años a más con 12.7% y menos frecuente a la edad 31 - 40 años con 0.6%

VI. RECOMENDACIONES:

- Al jefe del Centro de Radiología Intervencionista CERIN se recomienda instruir y capacitar a los profesionales de Tecnología Médica de la especialidad de Radiología sobre la importancia del buen posicionamiento del paciente y el uso de dosis exacta de radiación para realizar óptimas radiografías que ayuden al diagnóstico médico.
- Al jefe del área de Rayos X del Centro de Radiología Intervencionista CERIN se recomienda solicitar al Médico Radiólogo realizar informes más detallados de las placas radiológicas de la columna vertebral para el mejor entendimiento del paciente a la hora de recibir su informe médico.
- A la población adulta de la ciudad de Chiclayo se recomienda realizarse los chequeos médicos respectivos para el diagnóstico temprano de la escoliosis y evitar así futuras complicaciones degenerativas en la columna que le impedirán tener una buena calidad de vida.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Landinez D, Rodríguez C, Cifuentes C. Articulo “Metodología de optimización para la corrección de escoliosis torácica a través del uso de órtesis” [Internet]. 9 junio 2022 [Consultado el 10 de julio del 2024]. Disponible en: https://repositorio.uniandes.edu.co/server/api/core/bitstreams/2b0df561-1472-434a-921e-ac12b48dadb9/content
2. Vigil Escalera M. 2019. Efectos de la Reeducación Postural Global Sobre la Rotación de Tronco y la Autoimagen Corporal en Sujetos con Escoliosis Idiopática: Estudio de Intervención. (Trabajo fin de Grado), Escuelas Universitarias Gimbernat - Cantabria. Recuperado de: https://eugdspace.eug.es/xmlui/bitstream/handle/20.500.13002/629/MARINA%20FIDALGO%20VIGIL-ESCALERA_24012_assignsubmission_file_Entrega%20Final%20Tribunal.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Fernández Suarez S. Validez de la Radiografía anteroposterior y lateral en la detección de Escoliosis. Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Lujan. Bagua, 2019 [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica - Especialidad de Radiología]. Chiclayo: Escuela Profesional de Tecnología Médica Especialidad Radiología, Universidad Particular de Chiclayo; 2022.
4. Gonzales Vásquez, Y. 2023. Escoliosis de Columna Lumbosacra en Pacientes Adultos del Hospital “El Buen Samaritano”, Bagua Grande – 2022. (Tesis de Licenciatura), Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas. Recuperado de: https://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14077/3615/Yugi%20Walter%20Gonzales%20V%c3%a1squez%20-%20FACISA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Izurieta Amaya K. Prevalencia de escoliosis degenerativa de columna lumbar en pacientes mayores de 40años diagnosticada por radiología convencional en la fundación Mosquera en Tumbaco, periodo julio a diciembre del 2020 [Trabajo de titulación modalidad Proyecto de Investigación previo a la obtención de título

de Licenciado en Imagenología y Radiodiagnóstico]. Quito: Facultad de Ciencias Médicas Carrera de Radiología, Universidad Central del Ecuador; 2022.

6. Flores Morales W. Hallazgos Radiológicos Asociados a la Lumbalgia en Pacientes Evaluados en el Centro Urólogo y Especialidades Médico Quirúrgicas, Juliaca 2022 [Tesis para optar el título de Licenciada Tecnólogo Médico en el Área de Radiología]. Juliaca: Escuela Profesional De Tecnología Médica Área De Radiología, Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez
7. Loarte Cueva C. Relación entre dismetría de miembros inferiores y escoliosis idiopática en niños de un hospital de Lima, 2022 [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica en el área de Radiología]. Lima: Escuela Profesional de Tecnología Médica, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2022.
8. Zaina F, Marchese F, Donzelli S, Cordani C, Pulici C, McAviney J, et al. Knowledge on the Different Characteristics of Back Pain in Adults with and without Scoliosis: A Systematic Review. J. Clin. Med [serial on the Internet]. 2023 Ago [cited 2024 Jun 16]; 12 (16): [about 15 p.]. Available from: https://www.mdpi.com/2077-0383/12/16/5182
9. Yuan W, Shen J, Chen L, Wang H, Yu K, Cong H, et al. Differences in Nonspecific Low Back Pain between Young Adult Females with and without Lumbar Scoliosis. Pain Research and Management [serial on the Internet]. 2019 March [cited 2024 Jun 15]; 2 (5): [about 5 p.]. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1155/2019/9758273
10. Jin-Sung Park, Se-Jun Park, Chong-Suh Lee, Tae-hoon Yum, and Bo-Taek Kim. Radiologic prognostic factors of curve progression in early degenerative lumbar scoliosis. Journal of Neurosurgery: Spine, Volume 34 [serial on the Internet]. 2021 Jan [cited 2024 Jun 15]; 2 (558): [about 7 p.]. Available from: https://thejns.org/spine/view/journals/j-neurosurg-spine/34/4/article-p557.xml
11. Cevallos A, Moyano A. Revista Ecuatoriana de Ortopedia y Traumatología: Tema de actualización “Escoliosis degenerativa del adulto” [Internet]. 2019 [Consultado el 28 de Agos del 2023]; 74(63-69). Disponible en:

http://www.revistacientificaseot.com/index.php/revseot

12. Burgos Flores C. Aplicación de la técnica de Katharina Schorth en la disminución del dolor en niños con escoliosis de la asociación de Adase de Sullana, 2020 [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Tecnología Médica con especialidad en Terapia Física y Rehabilitación]. Lima: Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Estudio de Tecnología Médica, Universidad San Pedro; 2022.

13. Escalza J A. Tratamiento Fisioterápico de la escoliosis idiopática mediante ejercicio terapéutico [Internet]. 2020 [Consultado el 22 de Nov del 2023]; 23(1-8). Disponible en: https://www.npunto.es/revista/31/tratamiento-fisioterapico-de-la-escoliosis-idiopatica-mediante-ejercicio-terapeutico

14. Romero Echegaray W (2020). Escoliosis en Adolescentes con la Valoración Radiográfica Mediante el Método de Ferguson (Tesis de Licenciatura), Universidad Nacional Federico Villareal; Lima. Recuperado: https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/4616/ROMERO%20ECHEGARAY%20WILBERT%20RODRIGO%20-%20TITULO%20PROFESIONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

15. Oakley P, Navid N and Harrison D. The Scoliosis Quandary: Are Radiation Exposures from Repeated X-Rays Harmful? Dose-Response, Volume 17 [serial on the Internet]. 2019 April-June [cited 2024 Jun 14]; 1 (10): [about 10 p.]. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1559325819852810

16. Calapuja Chura R. Prevalencia de Escoliosis del Adulto y sus características clínicas en personal de Tropa en Servicio Militar Activo, Guarnición Arequipa, 2019 [Tesis para optar el Título Profesional de: Médico Cirujano]. Arequipa: Escuela Profesional de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María; 2019.

17. Cumbal Sánchez C. (2022). Análisis de Imágenes de Radiografías de la Columna Vertebral para calcular el Ángulo de Desviación en Pacientes Que Padecen Escoliosis Utilizando Técnicas de IA. [Trabajo de grado previo a la obtención del título de Ingeniero en Sistemas]. Universidad Técnica del Norte,

Ibarra - Ecuador. Disponible: https://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/13179

18. Ramirez Garcia L. Efectividad de un Programa de Ejercicios de Estabilización en Pacientes con Escoliosis Idiopática del Instituto Nacional de Rehabilitación Dra. Adriana Rebaza Flores 2021 [Trabajo académico para optar el Título de Especialista en Terapia Manual Ortopédica]. Lima: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada Norbert Wiener; 2021.
19. Menor Rojas L. Prevalencia de Escoliosis Lumbar en Adultos por estudio Radiográfico, Centro Médico Medisag, Chiclayo, Enero - Junio 2022. [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Tecnología Médica con Mención en Radiología]. Chachapoyas: Escuela Profesional de Tecnología Médica, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; 2023.
20. Quiroz Pulache B. Frecuencia de Escoliosis por Estudio Radiográfico en Adultos Mayores, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas-2019 [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Tecnología Médica con Mención en Radiología]. Chachapoyas: Escuela Profesional de Tecnología Médica, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; 2022.
21. Echevarria Villafane E. Ángulo de Ferguson y el Pinzamiento Intervertebral, Mediante Radiografía Lumbosacra, de un Establecimiento de Salud, los Olivos 2023 [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Tecnología Médica con Mención en Radiología]. Lima: Escuela Profesional de Tecnología Médica, Universidad Nacional Federico Villareal. 2024
22. Octavio Moras (2022). Escoliosis idiopática: Abordaje con Reeducación Postural Global. [Tesis para optar el título de Licenciatura en Kinesiología]. Universidad Fasta, Buenos Aires – Argentina. Recuperado en: http://redi.ufasta.edu.ar:8082/jspui/bitstream/123456789/1782/1/MORAS%2C%20Octavio.pdf
23. Marazuela Ramírez A, Álvarez García c. Revisión Bibliográfica de la Eficacia del Corsé como Tratamiento Conservador en la Escoliosis Idiopática [Trabajo

de fin de grado]. Oviedo: Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo, 2021.

24. Bin K, Brzustowicz L, Jouve L, Angelliaume A. Escoliosis y actitud escoliótica. EMC – Podología, Volume 26 [Internet]. Barcelona: Elsevier, Febrero 2024 [consultado 14 Jun 2024]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1762827X23486737

25. Frederick M. Azar, James H. Beaty. Campbell´s Operative Orthopaedics.15th. ed. (Elsevier) Philadelphia: Fourteenth Edition; 2021

26. Gonzáles R, Marti R. traumatología y ortopedia. Raquis y ortopedia infantil [Internet]. Barcelona: Elsevier España, S.L.U. 2023 [revisado 2022 – 2023; citado 2 Dic 2023]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=DJKREAAAQBAJ&lpg=PP1&hl=es&pg=PA15#v=onepage&q&f=false

27. Jubinville M. Scoliosis-Adult. Western New York. Urology Associates [Internet]. 2021 June 14 [cited 13 Dec 2022]. Available from: https://www.wnyurology.com/content.aspx?chunkiid=899890

28. Lizón J. Escoliosis del adulto (degenerativa). Infoespalda [Internet]. 2023 [consultado 8 Nov 2023]. Disponible en: https://www.infoespalda.es/escoliosis-del-adulto-degenerativa

29. Personal de Healthwise. Escoliosis en adultos. [Internet]. Portland, Oregón: Healthnotes; 2023 [revisado 17 Jul 2023, consultado 20 Dic 2023]. Disponible en: https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/escoliosis-en-adultos-abq5112

30. Clavel P. ¿Cómo afecta realmente la escoliosis a los niños y los adultos? [Internet]. El Confidencial. 2021 [citado el 6 de abril de 2024]. Disponible en: https://blogs.alimente.elconfidencial.com/bienestar/vertebra-tu-bienestar/2021-12-23/como-afecta-escoliosis-ninos-adultos_3345217/

31. Burga Castro, J. (2019) Tratamiento Fisioterapéutico en Escoliosis en S Compensada [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Carrera Profesional de Terapia Física y Rehabilitación]. Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima. Recuperado de: https://core.ac.uk/download/pdf/328143205.pdf

32. McAviney J, Roberts C, Sullivan B, Alevras A, Graham P & Brown B T. The prevalence of adult de novo scoliosis: A systematic review and meta-analysis [Internet]. 2022 May 22 [cited 2023 Jun16]; [about 10 screens]. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007/s00586-020-06453-0

33. Oakley, P. A., Ehsani, N. N., & Harrison, D. E. 2020. 5 reasons why scoliosis X-rays are not harmful. Dose-Response, 18(3), 1559325820957797. Obtenido de: https://doi.org/10.1177/1559325820957797

34. Schell, T. L., Krueger, D., Binkley, N., & Hetzel, S. 2021. Opportunistic use of dual-energy X-ray absorptiometry to evaluate lumbar scoliosis. Archives of Osteoporosis, 16(1). Obtenido de: https://www.researchgate.net/publication/349538719_Opportunistic_use_of_dual-energy_X-ray_absorptiometry_to_evaluate_lumbar_scoliosis

35. Kirilov N, Kirilova E, Todorov S, Nikolov N. Effect of the lumbar scoliosis on the results of dual-energy X-ray absorptiometry. Orthop Rev (2020). Recuperado de: https://doi.org/10.4081/or.2020.8477

36. Lizana Chanta, N (2024). Valor Diagnóstico de Escoliosis Lumbar por Radiografía en Adulto Mayor del Hospital Privado Juan Pablo II Chiclayo 2022. (Tesis de Licenciatura), Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas. Recuperado de: https://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14077/3947/Nathaly%20Ruth%20Lizana%20Chanta%20%20FACISA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

37. Honores Santos, J (2021). Índice de Cobb de Curvatura Escoliótica por Radiografía Digital e Índice de Masa Corporal radiomedicas Sac; 2019. (Tesis de Licenciatura), Universidad Federico Villareal, Lima. Recuperado de: http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5129

38. Ccala R, Herrera M (2023). Mecanismos neurológicos involucrados en la escoliosis: revisión sistemática de la literatura de los últimos 10 años. (Proyecto de Investigación), Instituto de Educación Superior Tecnológico Privado “Divina Misericordia”, Chincha. Recuperado de: https://www.divina.edu.pe/administrar/archivos_politicas/d51b4908231964cde4f98371e843e49d.pdf

39. Quevedo Rojas A (2020). “Prevalencia del Test de Adams Positivo en Escolares de nivel Primario del Distrito de Chiclayo”. (Tesis para optar título de segunda especialidad profesional en Ortopedia y Traumatología), Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Chiclayo. Recuperado: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPRG_e5427e2d91f3930c62eed1e3af68dd97

40. Azañedo D, Zavala-Loayza JA, Toro-Huamanchumo CJ, Castro-Reyes MM, Peralta V, Alejandro-Salinas R, Peña-Sanchez ER. Eficacia y seguridad de la técnica coplanar en comparación con las técnicas de derotación convencional para la corrección quirúrgica de deformidades de la columna vertebral: una evaluación de tecnología sanitaria en niños, jóvenes y adultos. Rev. Cuerpo Med. HNAAA. [Internet]. 6 de octubre de 2022 [citado 10 de julio de 2024]. Citado en: https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/1540

41. Rojas Vallejos, A. 2021. Patologías vertebrales e higiene postural de los pacientes en el Centro L & C Fisioterapia de Chiclayo. (Tesis de Licenciatura), Universidad Cesar Vallejo, Chiclayo. Recuperado de: https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/65597

42. Álvarez J, Cedeño M, Chávez J, Santos L. 2023. Prevalencia de complicaciones postquirúrgicas inmediatas en pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos luego de cirugía de corrección de escoliosis del servicio de traumatología. FIPCAEC (Edición 39) Vol. 8, No 3.DOI: https://doi.org/10.23857/fipcaec.v8i3

43. Guevara Perez, D. 2023. Alteraciones Posturales de Columna en Estudiantes del Colegio Emblemático Cruz de Chalpón, Motupe, Lambayeque- 2023. (Tesis de Licenciatura), Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas. Recuperado de: https://repositorio.untrm.edu.pe/handle/20.500.14077/3942

44. Ñaupas, H., Mejía, E., Novoa, E. y Villagómez, A. Metodología de la investigación científica Cuantitativa – cualitativa y Redaccion de Tesiss. 6ta ed.Bogota Colombia: Ediciones de la U; 2023

45. Corona-Martínez L, Fonseca-Hernández M. Acerca del carácter retrospectivo o prospectivo en la investigación científica. Medisur [revista en Internet]. 2021 [citado 2021 Abr 16]; 19(2): [aprox. -338 p.]. Disponible en: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4501

46. Arias, J. Y Covinos, M. (2022). Diseño y metodología de la investigación. Perú: Editorial Consulting EIRL.

47. Pallas A. Elsevier. Métodos de investigación ciencia y epidemiologia, España, S.L.U. [artículo en Internet]. 2019 [citado 2024 julio 12]; 5(2). Disponible en https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/Anexo-1A.-U-4.-Argimon-PJ-Clasificacion-de-los-tipos-de-estudio.pdf

48. Chávez, E., y Rodríguez, L. 2019 Universidad de san José de costa rica, Articulo Análisis de confiabilidad y validez de un cuestionario. Revista Ensayos Pedagógicos V .13 N°1 PP.71-106 fecha 21 de mayo. Obtenido de https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/ensayospedagogicos/article/download/10645/13202?inline=1

49. Rodríguez, W. O. 2021. Los Métodos Estadísticos en la Investigación Cuantitativa. Escuela de posgrado Universidad Pedro Ruiz Gallo Lambayeque. Recuperado de: https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/652/browse?type=author&value=Rodr%C3%ADguez+L%C3%B3pez+Wilver+Omero

ANEXOS

I. ANEXO: OERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE:

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTOS
Prevalencia de escoliosis lumbar	Se considera como escoliosis del adulto las curvas mayores de 10° en pacientes mayores de 18 años o que han alcanzado la madurez esquelética.[45]	Se diagnostica realizando exámenes radiográficos donde la medición del ángulo de Cobb y el método de Ferguson son indicadores que cuantifican la magnitud de la deformidad en la columna vertebral, que presentan los pacientes con escoliosis.	Características Sociodemográficas	Edad	Razón	Ficha de recolección de datos
				Sexo	Nominal	
			Concavidad	Derecha	Nominal	
				Izquierda		
				Doble curva		
			Enfermedades asociadas	Artrosis	Nominal	
				Listesis		
				Osteopenia		
				Osteofitos		
				Espondiloartrosis lumbar		
				Actitud Escoliótica		
				Espondilosis lumbar		
				Otros (Osteoporosis,		
				Discopatia,etc),No tiene		
			- Grado de severidad	Escoliosis leve =10°- 20° Escoliosis moderada = 20°- 40° Escoliosis severa > 40°	Ordinal	

II. ANEXO: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE TECNOLOGÍA MEDICA

ESCUELA PROFESIONAL DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIDAD RADIOLOGÍA

VARIABLE DEL ESTUDIO					
1. Datos generales					
EDAD (en años)		SEXO		F	M
2. Localización de Escoliosis					
Cervical					
Cérvico dorsal					
Dorsal					
Dorsal lumbar					
Lumbar					
lumbosacra					
3. Hallazgos radiológicos					
Grado	0	1-10	10-20	20-40	>50
Sin escoliosis					
Actitud escoliótica					
Leve					
Moderada					
Severa					
4. Enfermedades asociadas a la escoliosis					
Artrosis			SI		NO
Osteopenia			SI		NO
Listesis			SI		NO
Osteofitos			SI		NO
Otro					
No tiene ninguna					

III. ANEXO: AUTORIZACIÓN DEL CENTRO DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA – CERIN

ESPECIALISTAS EN DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

CERIN

AUTORIZACIÓN PARA EL RECOJO DE INFORMACIÓN

Chiclayo, 21 Enero de 2023

Quien suscribe:

Sra. Eliana Elizabeth Diaz Gonzales

Representante Legal: CENTRO DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA EIRL

AUTORIZA: Permiso para recojo de información pertinente en función del proyecto de investigación, denominado: **PREVALENCIA DE ESCOLIOSIS LUMBAR SEGÚN RADIOGRAFIS EN PACIENTES ADULTOS DEL CENTRO DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA – CERIN, ABRIL – DICIEMBRE 2021**

Por el presente, el que suscribe, señor (a,) Eliana Elizabeth Diaz Gonzales, representante legal de la empresa: Centro de radiología intervencionista eirl, AUTORIZO a alumna: YESSENIA ISABEL RUBIO CHAMORRO , identificado con DNI N°48021295, estudiante de la Carrera Profesional de Tecnología Médica - Radiología, de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad Particular de Chiclayo y autor del trabajo de investigación denominado: **PREVALENCIA DE ESCOLIOSIS LUMBAR SEGÚN RADIOGRAFIS EN PACIENTES ADULTOS DEL CENTRO DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA – CERIN , ABRIL – DICIEMBRE 2021**, al uso de dicha información para efectos exclusivamente académicos de la elaboración de tesis enunciada líneas arriba de quien solicita se garantice la absoluta confidencialidad de la información solicitada.

Atentamente.

GERENTE GENERAL

DIRECTOR MÉDICO

Calle Cristobal Colon N° 222 – CHICLAYO -Telf. 074-206219 / Cel. 994568010

IV. ANEXO: BASE DE DATOS EN MICROSOFT EXCEL

MESES	Expediente Cen	Sexo	Localizacion de accidente	Grados de accidente	Enfermedad accidente o lesion accidente
ABRIL	59	M	DORSAL LAT. LEVOCONVEXA/LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA (DOBLE CURVA)	ESCOLIOSIS LEVE - 11º/11º ANG. FERG.	OSTEOFITOS DORSAL (D9,D10,D11Y D12)/OSTEOFITOS LUMBAR (L2,L3,L4Y L5), OTROS (RETROLISTESIS GRADO 1: L2-L3 Y ANTEROLISTESIS GRADO 1: L2-L3)
ABRIL	63	F	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS MODERADO - 22º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, LISTESIS LATERAL DERECHA: L1-L2,L2-L3 Y L3-L4 , OTROS (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR)
ABRIL	59	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR CON SIGNOS DE DISCOPATÍA DEGENERATIVA L3 - L4, L4 - L5 Y L5 - S1, ANTEROLISTESIS GRADO 1: L4 - L5)
ABRIL	62	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 13º ANG. FERG.	OTRO (OSTEOPOROSIS, AUMENTO DE LA LORDOSIS LUMBAR, DISMINUCIÓN DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL POSTERIOR L5-S1)
ABRIL	59	F	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOSIS LUMBAR)
ABRIL	59	F	DORSOLUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OTRO (ESPONDILOARTROSIS DORSOLUMBAR CON SIGNOS DE DISCOPATÍA DEGENERATIVA L5 - S1, RETROLISTESIS GRADO 1 L3 - L4)
ABRIL	69	M	DORSOLUMBAR LAT. LEVOCONVEXO/LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA (DOBLE CURVA)	ESCOLIOSIS LEVE - 11º/11º ANG. FERG.	OSTEOPENIA DORSOLUMBAR, OTROS (ESPONDILOARTROSIS DORSOLUMBAR CON DISMINUCIÓN DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL POSTERIOR L4-L5 Y L5-S1, LIGERO AUMENTO DE CIFOSIS DORSAL)
ABRIL	74	M	DORSOLUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA/LUMBOSACRA LAT. LEVOCONVEXA (DOBLE CURVA)	ESCOLIOSIS LEVE - 11º/12º ANG. FERG.	OSTEOPENIA DORSOLUMBAR, OTROS (ESPONDILOARTROSIS DORSOLUMBOSACRA)
ABRIL	74	F	LUMBOSACRA LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 11º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBOSACRA CON DISMINUCIÓN DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL POSTERIOR L3 - L4, L4 - L5 Y L5 - S1)
ABRIL	57	M	LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OSTEOPENIA + LIGERO ACUÑAMIENTO ANTERIOR DE L2, LISTESIS LATERAL DERECHA: L1-L2,L2 - L4 Y L4-L5, OTROS (ESPONDILOARTROSIS LUMBOSACRA CON DISMINUCIÓN DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL POSTERIOR L4-L5 Y L5-S1)
ABRIL	40	F	LUMBOSACRA LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOSIS LUMBAR)
ABRIL	66	F	DORSOLUMBAR LAT. LEVOCONVEXO/LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA (DOBLE CURVA)	ESCOLIOSIS MODERADO - 24º/20º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS DORSOLUMBAR CON PINZAMIENTO INTERVERTEBRAL POSTERIOR, ANTEROLISTESIS GRADO 1 L4-L5)
ABRIL	83	F	DORSOLUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS CERVICO DORSO LUMBAR, ACUÑAMIENTO ANTERIOR DE D11Y D12, RETROLISTESIS GRADO 1: L1 - L2 Y ANTEROLISTESIS GRADO 1 L4-L5)
ABRIL	54	F	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR, PINZAMIENTO L5 - S1, RETROLISTESIS L5 - S1 GRADO 1)
ABRIL	67	F	CERVICODORSAL LAT. LEVOCONVEXA/DORSOLUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA/LUMBOSACRA LAT. LEVOCONVEXA (ACT. ESC. + DOBLE CUR	ACTITUD ESCOLIOTICA - 7º/ESCOLIOSIS LEVE - 16º/ESCOLIOSIS MODERADO - 21º AN	OSTEOPENIA CERVICO DORSO LUMBAR, OTROS (CERVICOARTROSIS, ESPONDILOARTROSIS LUMBAR CON DISMINUCIO DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL POSTERIOR L2 - L4, L4 - L5, L5 - S1)
ABRIL	48	F	LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR CON SIGNOS DE DISCOPATIA DEGENERATIVA L5 - S1)
ABRIL	24	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OTRO (RECTIFICACION DE LA LORDOSIS FISIOLOGICA CERVICAL Y LUMBAR POR CONTRACTURA MUSCULAR)
ABRIL	67	F	DORSOLUMBAR LAT. LEVOCONVEXO/LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA (ACT. ESC. + ESCOL.)	ACTITUD ESCOLIOTICA - 7º/ESCOLIOSIS LEVE - 13º ANG. FERG.	OSTEOPENIA DORSAL, OTRO (ESPONDILOSIS DORSAL)/ OSTEOPENIA LUMBAR , OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBOSACREA CON PINZAMIENTO INTERVERTEBRAL POSTERIOR L5 - L4 Y L5 - S1)
ABRIL	67	F	DORSOLUMBAR LAT. LEVOCONVEXO/LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA (ACT. ESC. + ESCOL.)	ACTITUD ESCOLIOTICA - 7º/ESCOLIOSIS LEVE - 13º ANG. FERG.	OSTEOPENIA DORSAL, OTRO (ESPONDILOSIS DORSAL)/ OSTEOPENIA LUMBAR , OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBOSACREA CON PINZAMIENTO INTERVERTEBRAL POSTERIOR L5 - L4 Y L5 - S1)
ABRIL	33	M	LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 13º ANG. FERG.	OTROS (ANTEROLISTESIS GRAD. 1 L3 - L4 Y L4 - L5)
ABRIL	75	M	DORSOLUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA/LUMBOSACRA LAT. LEVOCONVEXA (ACT. ESC. + ESCOL)	ACTITUD ESCOLIOTICA - 2º/ESCOLIOSIS LEVE - 11º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, LISTESIS GRAD. 1 L2 - L3 , L3 - L4, L4 - L5
ABRIL	79	F	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR CON SIGNOS DE DISCOPATÍA DEGENERATIVA L5 - S1)
ABRIL	73	M	LUMBOSACRA LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR CON SIGNOS DE DISCOPATÍA DEGENERATIVA L1 - L2, L2 - L3, L3 - L4, L4 - L5 Y L5 - S1, RETROLISTESIS GRADO 1 L1 - L2 Y L2 - L3)
MAYO	60	F	LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OSTEOPENIA
MAYO	69	F	LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 14º ANG. FERG.	OTRO (OSTEOPOROSIS, ESPONDILOARTROSIS LUMBOSACRA)
MAYO	56	F	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR, PINZAMIENTO DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL L5 - S1, ANTEROLISTESIS L5 - S1 GRADO 1)
MAYO	69	F	LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OTRO (OSTEOPOROSIS, ESPONDILOARTROSIS LUMBOSACRA CON DISMINUCIÓN DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL L4-L5 Y L5-S1)
MAYO	27	F	LUMBOSACRA LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OTRO (DISMINUCIÓN DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL POSTERIOR L5-S1)
MAYO	40	M	DORSOLUMBAR LAT. LEVOCONVEXO/LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA (ACT. ESC. + ESCOL.)	ACTITUD ESCOLIOTICA - 8º/ESCOLIOSIS LEVE - 11º ANG. FERG.	OTRO (DISMINUCIÓN DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL POSTERIOR L4-L5 Y L5-S1, MÍNIMA RETROLISTESIS L1-L2, L2-L3 Y L3-L4)
MAYO	73	F	LUMBOSACRA LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR, DISCOPATIA DEGENERATIVA L1-L2, RETROLISTESIS L1-2, GRADO 1-2, ANTEROLISTESIS L4-5, GRADO 1, COLUMNA INESTABLE LUMBAR)
MAYO	57	M	LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ANTEROLISTESIS GRADO 1A NIVEL DE L4-L5, ESPONDILOSIS LUMBAR, DISMINUCION DEL ESPACIO INTERDISCAL POSTERIOR A NIVEL DE L5-S1)
MAYO	93	F	LUMBOSACRA LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 11º ANG. FERG.	OSTEOPENIA LEVE , OTRO (ESPONDILOSIS LUMBAR, INCIPIENTE RETROLISTESIS L3-L4,L4-L5, DEFORMACION EN CUÑA EN L1)
MAYO	29	F	LUMBOSACRA LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 11º ANG. FERG.	NO TIENE NINGUNA
MAYO	60	F	DORSOLUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA/LUMBOSACRA LAT. LEVOCONVEXA (DOBLE CURVA)	ESCOLIOSIS LEVE - 17º/17º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS DORSOLUMBOSACRA CON PINZAMIENTO INTERVERTEBRAL POSTERIOR L1-L2, L2-L3, L3-L4, L4-L5 Y L5-S1)
MAYO	29	F	LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 12º ANG. FEG.	NO TIENE NINGUNA
MAYO	32	M	LUMBOSACRA LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 11º ANG. FERG.	OTRO (DISMINUCIÓN DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL L5 - S1, SIGNOS COMPATIBLES CON ENFERMEDAD DE BAASTRUP EN L5 Y L4)
MAYO	64	F	LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OTRO (OSTEOPOROSIS ,ESPONDILOSIS LUMBAR INCIPIENTE)
MAYO	76	F	DORSAL LAT. DEXTROCONVEXA/DORSOLUMBAR LAT. LEVOCONVEXO (DOBLE CURVA)	ESCOLIOSIS LEVE - 10º/11º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (RETROLISTESIS GRADO 1 D12-L1 Y L1-L2)
MAYO	42	M	DORSOLUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 11º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR CON PINZAMIENTO INTERVERTEBRAL POSTERIOR L5-S1)
MAYO	41	F	DORSAL LAT. DEXTROCONVEXA/DORSOLUMBAR LAT. LEVOCONVEXA/LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA (2 ACT. ESC. + ESCOL.)	ACTITUD ESCOLIOTICA - 7º ACTITUD ESCOLIOTICA - 8º/ESCOLIOSIS LEVE - 12º ANG	OSTEOFITOS INCIPIENTE EN D7 Y D8/ OSTEOFITOS EN L4, OTRO (DISMINUCIÓN DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL POSTERIOR L5-S1)
MAYO	80	M	LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 14º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (RETROLISTESIS GRADO 1 L2-L3, ESPONDILOARTROSIS LUMBOSACRA CON DISCOPATÍA DEGENERATIVA L5-S1)
MAYO	57	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOSIS LUMBAR)
MAYO	73	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR)
JUNIO	69	M	CERVICODORSAL LAT. LEVOCONVEXO/DORSOLUMBAR LAT. LEVOCONVEXO (DOBLE CURVA)	ESCOLIOSIS LEVE - 12º/11º ANG. FERG.	OSTEOPENIA/OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR CON DISMINUCIÓN DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL L2-L2,L3-L4 Y L4-L5.)
JUNIO	64	M	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOSIS LUMBAR)
JUNIO	57	F	LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (VERTEBRA TRANSICIONAL LUMBOSACRA)
JUNIO	70	F	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ACENTUACION DE LA CIFOSIS DORSAL, HIPERLORDOSIS, ESPONDILOSIS DORSOLUMBAR)
JUNIO	39	F	DORSOLUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OSTEOPENIA
JUNIO	27	M	DORSOLUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (AUMENTO DE CIFOSIS DORSAL)
JUNIO	93	F	DORSOLUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (AUMENTO DE CIFOSIS DORSAL, PINZAMIENTO INTERVERTEBRAL POSTERIOR L5-S1)
JUNIO	75	F	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR, HARCADA ACENTUACIÓN DE LA LORDOSIS LUMBAR FISIOLÓGICA)
JUNIO	67	F	LUMBOSACRA LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OTRO (INCREMENTO DEL ANGULO LUMBOSACRO EN RELACION A COLUMNA INESTABLE, ESPONDILOSIS LUMBAR, ANTEROLISTESIS GRADO 1 A NIVEL DE L5-S1, HIPERLORDOSIS)
JUNIO	61	F	LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBOSACRA CON PINZAMIENTO INTERVERTEBRAL POSTERIOR L5-S1)
JUNIO	61	M	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OTRO (SIGNOS DE DISCOPATIA L5-S1)
JUNIO	59	F	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (MINIMA RETROLISTESIS L2-L3 Y L3-L4, ESPONDILOSIS LUMBAR CON DISMINUCIÓN DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL POSTERIOR L4-L5 Y L5-S1)
JUNIO	59	F	LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR LEVE)
JUNIO	56	M	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OTRO (ESPONDILOARTROSIS DORSOLUMBAR CON SIGNOS DE DISCOPATÍA DEGENERATIVA L4 - L5 Y L5 - S1, ANTEROLISTESIS GRADO L5 - S1)
JUNIO	46	M	LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR CON SIGNOS DE DISCOPATÍA DEGENERATIVA L2 - L3, L3 - L4, L4 - L5 Y L5 - S1)
JUNIO	94	F	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR)
JULIO	61	F	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OTRO (ESPONDILOSIS LUMBAR, ESPONDILOARTROSIS LUMBAR, ACENTUACIÓN DE LA LORDOSIS FISIOLÓGICA LUMBAR, PINZAMIENTO POSTERIOR L5-S1)
JULIO	63	F	DORSOLUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA/LUMBOSACRA LAT. LEVOCONVEXA (ESCOL. + ACT. ESC.)	ESCOLIOSIS LEVE 19º ANG. FEG./ACTITUD ESCOLIOTICA 7º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOSIS DORSAL LEVE, LIGERO AUMENTO DE LA CIFOSIS DORSAL)/OSTEOPENIA , OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBOSACRA CON DISM. DEL ESPACIO INTERV. POST. L4-L5 Y L5-S1)
JULIO	93	F	LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OSTEOPENIA
JULIO	58	F	LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 14º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (DISMINUCION DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL POSTERIOR L5-S1)
JULIO	44	F	LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OTRO (ESPONDILOSIS LUMBAR)
JULIO	74	F	LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 14º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR CON DISMINUCIÓN DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL POSTERIOR L3-L4, L4-L5 Y L5-S1)
JULIO	73	F	LUMBOSACRA LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 12º ANG. FEG.	OTRO (MIN. RETROLISTESIS L1-L2, L2-L3 Y L3-L4)
JULIO	19	M	LUMBOSACRA LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OTRO (PINZAMIENTO INTERDISCAL POSTERIOR ENTRE L5-S1 DE LA COLUMNA LUMBOSACRA)
JULIO	69	F	LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	LISTESIS DE GRADO 1 DE L5 EN RELACION CON L4, OTRO (SIGNOS DE ESPONDILOARTROSIS LUMBAR)
JULIO	72	F	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS MODERADA - 25º ANG. COBB	OTRO (SIGNOS DE ESPONDILOARTROSIS LUMBAR, APLASTAMIENTO DEL CUERPO VERTEBRAL L1 EN RELACION A DESMINERALI
JULIO	94	F	DORSAL LAT. LEVOCONVEXA/LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA (DOBLE CURVA)	ESCOLIOSIS LEVE - 19º/19º ANG. FEG.	NO TIENE NINGUNA/OTRO (SIGNOS DE ESPONDILOSIS LUMBAR)
JULIO	27	M	DORSOLUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	NO TIENE NINGUNA
JULIO	65	M	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 10º ANG. FERG.	OTRO (SIGNOS DE ESPONDILOSIS LUMBAR)
JULIO	62	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 19º ANG. FERG.	OTRO (SIGNOS DE ESPONDILOARTROSIS LUMBAR CON PINZAMIENTO INTERDISCAL ENTRE L5-S, APLASTAMIENTO DEL CUERPO VERTEBRAL L2 POR DESMINERALIZACION)
JULIO	19	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 19º ANG. FERG.	NO TIENE NINGUNA
JULIO	87	M	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 19º ANG. FERG.	OTRO (SIGNOS DE ESPONDILOARTROSIS LUMBAR CON PINZAMIENTO INTERDISCAL Y SIGNOS DE DISCOPATIA DESDE L1 HASTA S1)
JULIO	70	F	LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 14º ANG. FERG.	OTRO (OSTEOPOROSIS CON DISMINCION DE ALTURA D12, L1, L2 Y L4)
JULIO	29	F	DORSAL LAT. DEXTROCONVEXA/LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA (DOBLE CURVA)	ESCOLIOSIS LEVE - 19º/19º ANG. FEG.	NO TIENE NINGUNA/NO TIENE NINGUNA
JULIO	52	M	LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 11º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR CON DISMINUCIÓN DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL POSTERIOR L5-S1)
AGOSTO	30	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 19º ANG. FEG.	OTRO (PRESENCIA DE VERTEBRA TRANSICIONAL)
AGOSTO	79	F	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS MODERADA - 26º ANG. COBB	OTRO (SIGNOS DE ESPONDILOARTROSIS LUMBAR)
AGOSTO	24	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 19º ANG. FEG.	NO TIENE NINGUNA
AGOSTO	71	M	DORSOLUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 19º ANG. FEG.	OTRO (ESPONDILOSIS LUMBAR)
AGOSTO	27	F	LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONCAVA	ESCOLIOSIS LEVE - 19º ANG. FEG.	NO TIENE NINGUNA
AGOSTO	80	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 15º ANG. FERG.	OTRO (SIGNOS DE ESPONDILOARTROSIS LUMBAR CON PINZAMIENTO INTERDISCAL POSTERIOR ENTRE L5-S1, ANTEROLISTESIS DE GRADO 1 DE L5 EN RELACION CON S1)
AGOSTO	84	M	DORSOLUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 19º ANG. FEG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS DORSOLUMBAR)
AGOSTO	91	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA/LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA (DOBLE CURVA)	ESCOLIOSIS LEVE - 13º/14º ANG. FEG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR CON DISMINUCIÓN DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL POSTERIOR L3-L4, L4-L5 Y L5-S1, ANTEROLISTESIS GRADO L5-S1)
AGOSTO	21	M	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 19º ANG. FEG.	NO TIENE NINGUNA
AGOSTO	42	F	LUMBOSACRA LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 19º ANG. FERG.	OTRO (ESPODILOSIS LUMBAR, RETROLISTESIS L2)
AGOSTO	67	F	LUMBOSACRA LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 19º ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS DE LA COLUMNA LUMBOSACRA, RETROLISTESIS DE L4, GRADO 1, VERTEBRA TRANSICIONAL L5)
AGOSTO	21	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 19º ANG. FERG.	OTRO (HIPERLORDOSIS, RETROLISTESIS DE L5, GRADO 1)

AGOSTO	24	M	LUMBOSACRAL AT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OTRO (DISMINUCIÓN DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL L5 - S1)
AGOSTO	78	F	DORSOLUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (FRACTURA OSTEOPOROTICA BICONCAVA DEL CUERPO VERTEBRAL D11 GRADO 2 Y EN CUÑA DEL CUERPO VERTEBRAL L5 DE GRADO 1, ESPONDILOARTROSIS LUMBAR)
AGOSTO	52	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 14° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (RETROLISTESIS DE L4, GRADO 1)
AGOSTO	65	M	LUMBOSACRAL AT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 11° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOAFFITROSIS, HIPOLORDOSIS, RETROLISTESIS DE L5 GRADO 1)
AGOSTO	34	M	LUMBOSACRAL AT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OTRO (ESPONDILOARTROSIS INCIPIENTE DE LA COLUMNA LUMBAR, HIPOLORDOSIS, RETROLISTESIS DE L4)
AGOSTO	90	F	LUMBOSACRAL AT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OSTEOPENIA SEVERA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS DE LA COLUMNA LUMBOSACRA, RETROLISTESIS DE L5)
AGOSTO	65	F	LUMBOSACRAL AT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS DE LA COLUMNA LUMBOSACRA, RETROLISTESIS DE L5, HIPOLORDOSIS)
AGOSTO	39	F	LUMBOSACRAL AT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OTRO (RETROLISTESIS DE L5, HIPOLORDOSIS)
AGOSTO	42	F	LUMBOSACRAL AT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OTRO (RECTIFICACION DEL EJE DE LA COL. CERV., ESPONDILOSIS DE LA COLUMNA DORSOLUMBAR, ANTEROLISTESIS DE L5)
AGOSTO	47	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OTRO (SIGNOS DE ESPONDILOARTROSIS LUMBAR CON PINZAMIENTO INTERDISCAL POSTERIOR ENTRE L5 - S1)
AGOSTO	69	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS MODERADA - 29° ANG. COBB	OTRO (SIGNOS DE ESPONDILOARTROSIS LUMBAR CON DISCRETO PINZAMIENTO INTERDISCAL ENTRE L5 - S1)
AGOSTO	41	M	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OTRO (ESPONDILOARTROSIS LEVE DE LA COLUMNA LUMBOSACRA, RETROLISTESIS DE L3 GRADO 1)
AGOSTO	42	M	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OTRO (MINIMA ESCOLIOSIS + ESPONDILOSIS INCIPIENTE DE LA COLUMNA LUMBAR)
AGOSTO	54	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 14° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS DE LA COLUMNA VERTEBRAL, RETROLISTESIS DE C4 Y C5 GRADO 1, ANTEROLISTESIS DE L5 GRADO 1)
AGOSTO	37	M	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OTRO (PINZAMIENTO INTERDISCAL POSTERIOR ENTRE L5 - S1)
AGOSTO	54	F	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOSIS LUMBAR, RECTIFICACIÓN DE LA LORDOSIS LUMBAR FISIOLÓGICA RELACIONABLE A CONTRACTURA MUSCULAR)
AGOSTO	68	M	LUMBOSACRAL AT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS MODERADA - 27° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS)
AGOSTO	59	M	LUMBOSACRAL AT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OTRO (SIGNOS DE ESPONDILOSIS LUMBAR)
AGOSTO	67	F	DORSAL LAT. LEVOCONVEXA/LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA (DOBLE CURVA)	ESCOLIOSIS LEVE - 14° (RDTOES.)/ESCOLIOSIS MODERADA - 24° (RDTOES.) ANG. FE	OTRO (OSTEOPOROSIS, ESPONDILOARTROSIS DE LA COLUMNA DORSOLUMBAR, RETROLISTESIS DE L1,L2 Y L3, ANTEROLISTESIS DE L5)
AGOSTO	33	M	DORSOLUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	NO TIENE NINGUNA
AGOSTO	29	F	LUMBOSACRAL AT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	NO TIENE NINGUNA
AGOSTO	59	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 15° ANG. FERG.	OTRO (SIGNOS DE ESPONDILOSIS LUMBAR)
AGOSTO	34	F	LUMBOSACRAL AT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 14° ANG. COBB.	OTRO (INCREMENTO DEL ÁNGULO LUMBOSACRO EN RELACIÓN A COLUMNA INESTABLE, ESPINA BÍFIDA OCULTA EN S1)
AGOSTO	18	F	DORSAL LAT. LEVOCONVEXA/LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA (DOBLE CURVA)	ESCOLIOSIS LEVE - 18° (RDTOESCOLIOSIS)/ESC. LEVE 19° ANG. FEG.	NO TIENE NINGUNA/NO TIENE NINGUNA
AGOSTO	77	M	LUMBOSACRAL AT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OTRO (SIGNOS DE ESPONDILOARTROSIS LUMBAR CON PINZAMIENTO INTERDISCAL ENTRE L-L2 Y L5-S1, RETROLISTESIS DE GRADO DE 1 EN RELACION CON L2 Y DE L5 EN RELACION CON L4)
AGOSTO	71	M	LUMBOSACRAL AT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS DE LA COLUMNA LUMBOSACRA, RECTIFICACION DEL EJE DE LA COLUMNA LUMBAR, HIPOLORDOSIS)
AGOSTO	22	M	LUMBOSACRAL AT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 12° ANG. FERG.	NO TIENE NINGUNA
AGOSTO	63	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS + HIPERLORDOSIS DE LA COLUMNA LUMBAR)
AGOSTO	29	M	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. COBB.	OTRO (SIGNOS DE COLUMNA INESTABLE POSICIONAL)
AGOSTO	48	M	DORSAL LAT. LEVOCONVEXA/LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA (DOBLE CURVA)	ESCOLIOSIS LEVE - 16° / 19° ANG. FERG.	OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR CON SIGNOS DE DISCOPATÍA DEGENERATIVA L4 - L5 Y L5 - S1, MÓDULO DE SCHMORL EN L2)
AGOSTO	66	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OTRO (SIGNOS DE ESPONDILOSIS LUMBAR)
AGOSTO	71	F	LUMBOSACRAL AT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 15° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBOSACRA, RETROLISTESIS DE L5)
AGOSTO	78	F	DORSOLUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 17° ANG. FERG.	OSTEOPENIA DORSOLUMBAR, OTRO (COLAPSOS VERTEBRALES + ESPONDILOARTROSIS DE LA COLUMNA DORSOLUMBAR, RETROLISTESIS DE L1 Y L5)
AGOSTO	93	M	LUMBOSACRAL AT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 13° ANG. FERG.	OTRO (ESPONDILOARTROSIS DE LA COLUMNA LUMBOSACRA, RETROLISTESIS DE L4)
AGOSTO	32	F	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OTRO (ANTEROLISTESIS DE L5)
AGOSTO	49	M	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR CON SIGNOS DE DISCOPATÍA DEGENERATIVA L2 - L3, L4 - L5 Y L5 - S1 A PREDOMINIO DE ESTA ÚLTIMA, ANTEROLISTESIS GRADO I - II L4 - L5)
AGOSTO	72	M	LUMBOSACRAL AT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 12° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS DE LA COLUMNA DORSOLUMBAR, RETROLISTESIS DE L5)
AGOSTO	28	M	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (DISMINUCIÓN DE LA PARTE POSTERIOR DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL L4 - L5 Y L5 - S1)
AGOSTO	35	F	DORSAL LAT. DEXTROCONVEXA/LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA (DOBLE CURVA)	ESCOLIOSIS LEVE - 12° (RDTOES.) Y 13° (RDTOES.) ANG. FERG.	NO TIENE NINGUNA
SETIEMBRE	28	M	DORSAL LAT. DEXTROCONVEXA/LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA (DOBLE CURVA)	ESCOLIOSIS LEVE - 16° / 18° ANG. FERG.	NO TIENE NINGUNA
SETIEMBRE	25	M	DORSOLUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 12° ANG. FERG.	NO TIENE NINGUNA
SETIEMBRE	57	M	DORSOLUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OTRO (ESPONDILOARTROSIS DE LA COLUMNA DORSOLUMBAR, HIPOLORDOSIS)
SETIEMBRE	59	F	LUMBOSACRAL AT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS MODERADA - 28° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, ARTROSIS Y OTRO (RETROLISTESIS DE L1 Y L4, GRADO 1)
SETIEMBRE	59	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OTRO (SIGNOS DE ESPONDILOSIS LUMBAR)
SETIEMBRE	57	M	DORSOLUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS DE LA COLUMNA DORSOLUMBAR, HIPERLORDOSIS)
SETIEMBRE	44	F	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR, ANTEROLISTESIS DE L3 (GRADO II) Y DE L4 (GRADO I))
SETIEMBRE	68	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OTRO (SIGNOS DE ESPONDILOARTROSIS LUMBAR)
SETIEMBRE	66	M	LUMBOSACRAL AT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS DE LA COLUMNA LUMBOSACRA, RETROLISTESIS DE L4-L5 Y ANTEROLISTESIS DE L5 - S1)
SETIEMBRE	71	F	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS MODERADA - 21.5° ANG. FERG.	OTRO (SIGNOS DE ESPONDILOARTROSIS LUMBAR)
SETIEMBRE	78	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS DE LA COLUMNA LUMBOSACRA, ANTEROLISTESIS DE L4 Y L5 G 1)
SETIEMBRE	79	M	DORSOLUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 12° ANG. FERG.	OTRO (SIGNOS DE ESPONDILOARTROSIS LUMBAR ASOCIADO A OSTEOPENIA)
SETIEMBRE	61	F	LUMBOSACRAL AT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 15° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS DE LA COLUMNA LUMBOSACRA)
SETIEMBRE	69	F	LUMBOSACRAL AT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OTRO (ESPONDILOARTROSIS DE LA COLUMNA LUMBOSACRA, HIPERLORDOSIS)
SETIEMBRE	70	M	CERVICAL LAT. LEVOCONVEXA/LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA (DOBLE CURVA)	ESCOLIOSIS LEVE - 16° /ESCOLIOSIS MODERADA - 27.6° ANG. FERG.	OTRO (CERVICOARTROSIS CON PINZ. INTERD. DESDE C4 HASTA C7, RECT. DE LA LORDOSIS FISIO. POR CONTRACTURA MUSCULAR)/OTROS SIGNOS DE ESPONDILOARTROSIS LUMBAR CON PINZAMIENTO INTERDISCAL EN TODA LA COLUMNA)
SETIEMBRE	76	M	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 19° ANG. FERG.	OTRO (SIGNOS DE ESPONDILOARTROSIS LUMBAR CON PINZAMIENTO INTERDISCAL POSTERIOR DESDE L3 HASTA S1)
SETIEMBRE	64	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 19° ANG. FERG.	OTRO (SIGNOS DE ESPONDILOARTROSIS LUMBAR)
SETIEMBRE	64	M	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 19° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR)
SETIEMBRE	69	F	LUMBOSACRAL AT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS MODERADA - 27° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS DE LA COLUMNA LUMBOSACRA)
SETIEMBRE	59	F	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS MODERADA - 24° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS DORSOLUMBAR)
SETIEMBRE	29	M	LUMBOSACRAL AT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 19° ANG. FERG.	NO TIENE NINGUNA
SETIEMBRE	24	M	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 19° ANG. FERG.	NO TIENE NINGUNA
SETIEMBRE	67	F	LUMBOSACRAL AT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 19° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBOSACRA, HIPERLORDOSIS EN RELACION A COLUMNA INESTABLE, ANTEROLISTESIS L5-S1)
SETIEMBRE	54	F	DORSAL LAT. LEVOCONVEXA/LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA (DOBLE CURVA)	ESCOLIOSIS LEVE - 19°/19° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS DORSOLUMBAR)
SETIEMBRE	45	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 19° ANG. FERG.	OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR CON PINZAMIENTO INTERDISCAL POSTERIOR ENTRE L5-S1, RETROLISTESIS DE GRADO 1 DE L5 EN RELACION CON L4)
SETIEMBRE	75	M	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS MODERADA - 24° ANG. FERG.	OTRO (SIGNOS DE ESPONDILOARTROSIS LUMBAR CON PINZAMIENTO INTERDISCAL EN TODOS LOS ESPACIOS ASI COMO SIGNOS DE DISCOPATIA ENTRE L2-L3)
SETIEMBRE	86	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 19° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR)
SETIEMBRE	57	F	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS MODERADA - 26.5° ANG. FERG.	OTRO (SIGNOS DE ESPONDILOARTROSIS CON PINZAMIENTO INTERDISCAL POSTERIOR ENTRE L5-S1)
SETIEMBRE	62	F	LUMBOSACRAL AT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 11° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBOSACRA, ANTEROLISTESIS L4-L5 Y L5 S1, SECUNDARIA A ESPONDILOLISIS DE L4 Y L5)
SETIEMBRE	29	F	DORSOLUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 11° ANG. COBB	NO TIENE NINGUNA
SETIEMBRE	65	F	LUMBOSACRAL AT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS MODERADA - 22° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBOSACRA, HIPERLORDOSIS EN RELACION A COLUMNA INESTABLE)
SETIEMBRE	69	M	LUMBOSACRAL AT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 13° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS DE LA COLUMNA LUMBOSACRA)
SETIEMBRE	49	M	LUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 14° ANG. FERG.	OTRO (HIPERLORDOSIS EN RELACION A COLUMNA INESTABLE)
SETIEMBRE	59	M	LUMBOSACRAL AT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 15° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOATROSIS LUMBOSACRA)
SETIEMBRE	50	M	DORSOLUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG	OTRO (ESPONDILOARTRSIS LUMBAR LEVE)
SETIEMBRE	88	F	DORSOLUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 16° ANG. FERG.	OSTEOPENIA SEVERA CON COLAPSOS VERTEBRALES HALLAZGOS EN RELACION A OSTEOPOROSIS, OTRO (OSTEOPENIA SEVERA CON COLAPSOS VERTEBRALES HALLAZGOS EN RELACION A OSTEOPOROSIS)
SETIEMBRE	57	F	LUMBAR LAT. LEVOCONVEXA	ESCOLIOSIS LEVE - 14° ANG. FERG.	OSTEOPENIA, OTRO (ESPONDILOARTROSIS LUMBAR, PRESENCIA DE VERTEBRA TRANSICIONAL, HIPERLORDOSIS EN RELACION A COLUMNA INESTABLE)
SETIEMBRE	21	F	DORSOLUMBAR LAT. DEXTROCONVEXA/LUMBOSACRAL AT. LEVOCONVEXA (DOBLE CURVA)	ESCOLIOSIS LEVE - 19°/19° ANG. FERG	OTRO (LIGERO AUMENTO DE CIFOSIS DORSAL INFERIOR, DISMINUCIÓN DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL L5-S1)