



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2024-07-20

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. MAGDELIA ARENAS Prof. MIGDALIA SALCEDO y Prof. MARIA DE PASOS, Reunidos en: auditorio del Centro Clínico Universitario de Oriente, a la hora: 2:00 pm.

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS DE OMALGIA NO TRAUMÁTICA EN PACIENTES DE 30 – 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ, CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR, ABRIL 2013 – ABRIL 2023.

Del Bachiller **DUNIA JAZMIN SALLOUM SALOUM C.I.: 27115952**, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:


VEREDICTO


REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>
-----------	----------	-----------------------------	--

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 18 días del mes de Junio de 2024


Prof. MAGDELIA ARENAS
 Miembro Tutor


Prof. MIGDALIA SALCEDO
 Miembro Principal


Prof. MARIA DE PASOS
 Miembro Principal


Prof. IVÁN AMAYA RODRIGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado

ORIGINAL TESISTA



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS
 Avenida José Méndez c/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar-Venezuela.
 EMAIL: trabajodegradodosaludbolivar@gmail.com



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2024-07-20

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. MAGDELIA ARENAS Prof. MIGDALIA SALCEDO y Prof. MARIA DE PASOS, Reunidos en: auditorio del Centro Clínico Universitario de Oriente, a la hora: 2:00 pm Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS DE OMALGIA NO TRAUMÁTICA EN PACIENTES DE 30 – 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ, CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR, ABRIL 2013 – ABRIL 2023.


Del Bachiller PAOLA ANDREINA SILVA COVA C.I.: 27010132, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:


VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN	X
-----------	----------	-----------------------------	------------------------------	---

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

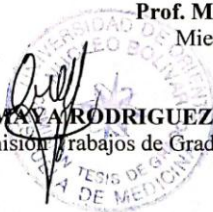
En Ciudad Bolívar, a los 18 días del mes de Junio de 2024


Prof. MAGDELIA ARENAS
 Miembro Tutor


Prof. MIGDALIA SALCEDO
 Miembro Principal


Prof. MARIA DE PASOS
 Miembro Principal


Prof. IVÁN AMAYA RODRIGUEZ
 Coordinador comisión trabajos de Grado



ORIGINAL DACE

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS
 Avenida José Méndez c/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolivar- Edo. Bolivar-Venezuela.
 EMAIL: trabajodegradoudosaludbolivar@gmail.com



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS DE OMALGIA
NO TRAUMÁTICA EN PACIENTES DE 30 – 60 AÑOS
ATENDIDOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ, CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO
BOLIVAR, VENEZUELA. ABRIL 2013 – ABRIL 2023.**

Tutor académico:

Dra. Magdelia Arenas

Trabajo de Grado Presentado por:

Br: Salloum Saloum, Dunia Jazmín

C.I: 27.115.952

Br: Silva Cova, Paola Andreina

C.I: 27.010.132

Como requisito parcial para optar por el título de Médico cirujano

Ciudad Bolívar, Junio de 2024

ÍNDICE

ÍNDICE.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	vi
DEDICATORIA.....	vii
RESUMEN.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	17
OBJETIVOS.....	18
Objetivo general.....	18
Objetivos específicos.....	18
METODOLOGÍA.....	20
Tipo de Estudio.....	20
Universo.....	20
Muestra.....	20
Criterios de inclusión.....	20
Criterios de exclusión.....	21
Procedimientos.....	21
Análisis de resultados y tabulación.....	21
RESULTADOS.....	22
Tabla 1.....	22
Tabla 2.....	24
Tabla 3.....	25
Tabla 4.....	26
Tabla 5.....	27
Tabla 6.....	28
Tabla 7.....	29
Tabla 8.....	30

Tabla 9	31
Tabla 10	32
DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES.....	38
RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
APÉNDICES	46
Apéndice A	47
Apéndice B	48

AGRADECIMIENTOS

A Dios, todo poderoso, que nos permitió alcanzar nuestras metas trazadas.

A nuestros familiares, amigos y profesores, que nos brindaron apoyo incondicional a lo largo de todo nuestro trayecto como estudiante.

A la Universidad de Oriente, la casa más alta, y alma máter, que nos dio la oportunidad y el derecho de estudiar Medicina.

A nuestra tutora de tesis, Dra. Magdelia Arenas, quien asesoró y prestó apoyo durante todo el trabajo de investigación. Ha sido una mentora y una amiga. Le agradecemos de todo corazón por su invaluable contribución a nuestra formación y a este logro académico.

Al Dr. César Silva, por su experiencia, conocimiento y guía han sido fundamentales para que este proyecto llegara a buen término.

Al personal directivo y docente del Centro Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, por confiar en nosotras y prestar su máxima colaboración, al abrirnos las puertas a la realización de nuestro estudio.

-Br. Salloum Saloum, Dunia Jazmín

-Br. Silva Cova, Paola Andreina

DEDICATORIA

A Dios, fuente de sabiduría e infinita bondad.

A mi abuela Lucía y a mi abuelo Najib, que, aunque ya no están físicamente presentes, sus recuerdos y enseñanzas viven siempre en mi corazón. Dedico este trabajo a su memoria, con la profunda gratitud por el amor incondicional que me brindaron durante toda su vida.

A mis queridos padres, Jamilah y Marwan, con el corazón lleno de amor y gratitud, les dedico este trabajo. Gracias por ser mis pilares de apoyo y por creer en mí siempre, por enseñarme el valor del trabajo duro, la honestidad, la responsabilidad y la compasión. Son mi inspiración y mi guía en la vida, y me siento profundamente afortunada de tenerlos como padres. Los amo.

A mis hermanos, Najib, Lucia y Nagam, por su cariño y apoyo durante toda mi vida, sin ustedes no hubiera llegado a donde estoy, le dan color a mi vida.

A mi tía, Yamilet, quien me inspiró a estudiar medicina, una mujer excepcional, mi mentora y segunda madre, tus consejos han sido fundamentales en mi formación personal y profesional, y tu apoyo incondicional me ha dado la fuerza para perseguir mis sueños con determinación.

A mi prima, Samia, gracias por estar conmigo y apoyarme desde que tengo memoria.

A mi querida Tulipán, mi confidente peluda. Desde el día que llegó a mi vida, llenó mi hogar de alegría, lealtad y amor incondicional. Su presencia fue una bendición constante.

A Minino, Rosita y Silver, gracias a ellos mi vida tiene más alegría, son mi luz.

A mi amiga Joa, a pesar de la distancia que nos separa, nuestra amistad sigue siendo tan fuerte y vibrante como siempre. Este logro también es tuyo.

A mi amiga Alba, que desde que nos conocimos en el primer semestre, en Yoga, es una de las personas más importantes en mi vida. Gracias por el apoyo y cariño siempre.

A mi mejor amiga, Sara Guevara, mi confidente, mi compañera de aventuras, por llegar a mi vida y quedarse, por creer en mí siempre, estar ahí para mí, Desde el primer momento que te conocí, supe que había encontrado a una amiga especial, alguien con quien compartir mis sueños, mis alegrías y mis tristezas. Gracias infinitas.

A mi compañera y amiga, Paola, quien confió en mí desde el comienzo de esta aventura y llevar este proyecto a cabo. Gracias, Pao.

A las personas que he conocido en este camino y entraron a mi vida para quedarse, María Isabel Vera, Sofía Rodríguez, Paola Silva y Valeria Tineo, futuras colegas, que han visto mis mejores y peores momentos, y que siempre han estado ahí para mí, sin importar las circunstancias. Gracias por su apoyo incondicional, su amistad sincera y su alegría contagiosa. Con ustedes he vivido una vida, hemos compartido risas y lágrimas, triunfos y fracasos, y crecido juntas como personas. Las quiero mucho.

A mis amigos, Janmarys Marcano, Yanelis Amaya y Luis Solórzano.

A la familia que me regaló la universidad, De la S a la Z, con ustedes aprendí lo que en realidad es el compañerismo. Gracias por incluirme en un grupo maravilloso, donde todos celebran los logros de cada uno, por ser más que simples compañeros de clase, por convertirse en mi otra familia.

-Br. Salloum Saloum, Dunia Jazmín.

DEDICATORIA

Primeramente, a Dios por otorgarme la bendición de nacer y vivir para llegar a este momento.

A mis padres, César Silva y Ligia Cova, por otorgarme con amor y sacrificio todas las herramientas para perseverar a través de los caminos irregulares de la vida y de la universidad, siempre como un ejemplo de superación, honradez, bondad, responsabilidad y humanidad.

A mis hermanitos; Cesar Andrés, Susan y Sofía. Soy afortunada por crecer con los mejores hermanos y tenerlos para mí en los mejores y peores momentos, los días a su lado siempre están llenos de risas y diversión que te transportan a un lugar en donde todo está bien.

A mi abuela Gigi, por todas sus galleticas de avena y tardes de aires renovadores hablando de la realeza española, su cariño, y apoyo incondicional.

A mi abuela Mama Ylla, quien en vida me enseñó lo que es la expresión más pura del amor y la ternura, aun con solo tener la oportunidad de abrazarla pocas veces al año.

A mis familiares, en especial a mi tía KK y a mis primos Jonathan, Yerli y Jennifer, que me han acompañado y ofrecido los mejores momentos de mi vida, una cantidad infinita de recuerdos divertidos, alegres

A Lucky, quien me ha acompañado desde la primaria y se desvela conmigo, quien me acompaña (dormido) todas las tardes y me despierta todas las mañanas en

contra de mi voluntad, definitivamente se merece un título único y especial de Perrito Cirujano.

A mis mejores amigos, Valentino Molletón y Leonel David, sin su apoyo incondicional desde el primer día de bachillerato, mensajes de ánimo, comprensión, regaños y el regalo de ofrecerme la amistad más sincera, duradera y especial, que tesoro y atesoraré por siempre, sin ellos no sería quien soy hoy por hoy.

A mis mejores amigas; Francis Figueredo, Mary Makdisi y Valeria Tineo. Juntas hemos pasado inmensidad de udo-aventuras, eventos canónicos y adversidades, y si hay algo que es seguro, es que no existen los límites para agradecer lo feliz que me hacen sentir y lo mucho que me han ayudado, cada una a su única, inigualable e invaluable manera.

A El Hueco, 8 amigos unidos por lo que en ese momento parecía ser una tragedia, y que hoy en día agradecemos, porque si pudiéramos, lo volveríamos a hacer todo de la misma manera una y otra vez, quienes me enseñaron la importancia de trabajar en equipo, que juntos todo es más sencillo, y que está bien no poder tu solo con todo, porque para eso tienes a tus amigos.

A mis amigos los Chucutos; Jazmín, Sofi y José por su invaluable apoyo en esta segunda mitad de la carrera, enseñarme lo comprensivo que puede ser un grupito de amichis, y que la comunicación es una herramienta fundamental. Además, a María Vera, quien no solo me brindó su amistad, me ha enseñado, guiado y ayudado tanto académica como emocionalmente.

A mi compañera de tesis; Jazmín, el mejor regalito del 7mo semestre, sin ese alcohol para limpiar el pupitre y tu síndrome de Tietze no estaríamos aquí.

Finalmente, a una gran familia que me regalo la universidad; mis compañeros De la S a la Z, ese grupito de rotación con el que atravesé días de locura, días de diversión, de estrés, y ansiedad, pero lo que nunca faltó en cada uno de esos días, fue el confort y amabilidad que hicieron que cada uno de esos días se sintiera como uno especial y por el que valía la pena ir a clases, no importa si íbamos a pasar pena o a triunfar, porque pasaríamos pena juntos, y triunfaríamos juntos.

-Br. Silva Cova Paola Andreina.

**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS DE OMALGIA NO
TRAUMÁTICA EN PACIENTES DE 30 – 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ, CIUDAD
BOLÍVAR, ESTADO BOLIVAR, VENEZUELA. ABRIL 2013 – ABRIL 2023.**

**Br. Salloum Saloum, Dunia Jazmín. Br. Silva Cova, Paola Andreina, Mayo
2024**

RESUMEN

Introducción: El aumento en la incidencia de la omalgia no traumática como motivo de consulta se hace imperativo estudiar y conocer los factores relacionados a su origen. **Objetivo:** caracterizar epidemiológicamente los casos de omalgia no traumática en pacientes de 30 – 60 años atendidos en el Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, Ciudad Bolívar, en el periodo abril 2013 – abril 2023. **Metodología:** observacional, descriptivo, de tipo transversal, bimodal. Universo: conformado por 107 pacientes con patologías del miembro superior que hayan acudido a consulta de traumatología del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Muestra: conformada por 34 pacientes de 30 - 60 años con omalgia no traumática que hayan acudido a consulta de traumatología del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. **Resultados:** el sexo femenino predominó con un 76,44%, cuya edad más resaltante se encontró entre los 48 – 53 años. La ocupación predominante fue ama de casa con un 29,41%. La mayoría de los pacientes fueron procedentes de la parroquia La Sabanita con un 26,47%. La comorbilidad encontrada con más frecuencia fue la hipertensión arterial correspondiendo al 24,41%. La afectación unilateral del hombro derecho fue la más frecuente con 73,52%. El tiempo de evolución predominante fue el crónico, con 73,52%. El estudio de imagen empleado predominantemente fue la radiografía con un 94,11%. Las Tendinopatías de la Porción Larga del Bíceps fueron los diagnósticos encontrados con más frecuencia en el estudio, siendo de 31,11%. El diagnóstico con mayor porcentaje de tratamiento farmacológico fue la Bursitis con un 28,88%, mientras que el diagnóstico con mayor porcentaje de tratamiento farmacológico aunado a fisioterapia fue la tendinopatía de la porción larga del bíceps braquial con un 22,22% **Conclusión:** Mujeres entre los 48 – 53 años, amas de casa, procedentes de la sabanita, con afectación unilateral a predominio derecho y dolor de evolución crónica fueron los datos más reportados. En su mayoría evaluados mediante radiografías (94,11%) y referidos a fisioterapia con tratamiento farmacológico (52,94%). La comorbilidad encontrada con mayor frecuencia fue la hipertensión arterial con 24,41%. Y la tendinopatía de la porción larga del bíceps braquial fue el diagnóstico hallado con más frecuencia con un 31,11%.

Palabras clave: Traumatología, omalgia, epidemiología, no traumática.

INTRODUCCIÓN

El esqueleto del complejo articular del hombro y el brazo está constituido por tres huesos principales: la clavícula, la escápula y el húmero. La clavícula y la escápula forman la cintura escapular, donde se articula el húmero formando la articulación glenohumeral, principal articulación de la cintura escapular. Los huesos de la región del hombro están mantenidos a través del complejo articular del hombro, formado por tres articulaciones, la glenohumeral, la acromioclavicular y la esternoclavicular. Además de estas articulaciones consideradas verdaderas, hay otras dos pseudoarticulaciones, que son articulaciones funcionales: la escapulotorácica y la suprahumeral o subacromial. El movimiento de las pseudoarticulaciones no ocurre entre superficies óseas sino entre planos musculares (Oliveira et al., 2007).

Las articulaciones que conforman el complejo articular del hombro pertenecen al grupo de las articulaciones sinoviales. La glenohumeral es de tipo esférica, que permite el movimiento en torno a múltiples ejes: flexión (110°), extensión (60°), abducción (120°), aducción (30°), circunducción, rotación externa (90°) y rotación interna (90°). Así como, la acromioclavicular es de tipo plana, que posibilita el desplazamiento de un hueso sobre la superficie de otro (30°), y la esternoclavicular es de tipo en silla de montar, que permite el movimiento en torno a dos ejes que se hallan en un ángulo recto, uno respecto del otro: flexión, extensión, abducción, aducción y circunducción. (Suárez & Osorio. 2013)

El hombro es el complejo articular que tiene como función principal la conjunción del tronco con el brazo y el movimiento del mismo en el espacio. Existe además un espacio crucial en el movimiento, llamado espacio subacromial, que contiene parte del tendón del músculo supraespinoso, la bolsa subacromiodeltoidea y el tendón de la porción larga del bíceps (Moreno, 2016).

Al hablar de estabilidad es adecuado tener en cuenta que la articulación glenohumeral es una articulación incongruente, ya que sus superficies articulares son asimétricas, existiendo un contacto limitado entre ellas. La gran superficie convexa de la cabeza humeral tiene un contacto reducido con la pequeña y poco profunda cavidad glenoidea, presentando poca estabilidad intrínseca. La cápsula articular y sus refuerzos, en particular el complejo ligamentoso glenohumeral inferior, junto con el rodete glenoideo, son los mecanismos estabilizadores primarios o estáticos. (Suárez & Osorio. 2013)

Los estabilizadores secundarios o dinámicos son los músculos del manguito rotador: supraespinoso, infraespinoso, redondo menor y subescapular. La contracción de sus fibras musculares crea fuerzas compresivas que estabilizan la cabeza glenohumeral en la cavidad glenoidea. (Suárez & Osorio. 2013)

Con respecto a la articulación acromioclavicular, esta es una juntura artrodial que envuelve el margen medial del acromion y la extremidad acromial de la clavícula. Estas funciones son realizadas por dos fuertes estructuras ligamentares: los ligamentos anterior y posterior de la articulación y los ligamentos coracoclaviculares, que limitan la separación de la clavícula y de la escápula. Esta articulación presenta pocos grados de movimiento, pero que son esenciales para las funciones normales del hombro y del brazo (Gardner et al., 2001)

La articulación esternoclavicular es una diartrosis y constituye la única articulación verdadera entre la extremidad superior y el esqueleto axial. La configuración en silla de montar permite el movimiento en los planos horizontal y frontal. Es una articulación inherentemente inestable, debido a que menos de la mitad de la clavícula medial articula con el ángulo superior del esternón. (Gorbaty et al., 2017)

A pesar de su inherente inestabilidad, debido a su anatomía ósea, el robusto soporte ligamentoso convierte a la articulación esternoclavicular en una de las articulaciones que menos se luxan del cuerpo. Tres estructuras constituyen el soporte ligamentoso que representa el principal estabilizador extrínseco de la articulación: el ligamento costoclavicular, los ligamentos infraclaviculares y el ligamento capsular. (Gorbaty et al., 2017)

Por otro lado, la articulación escapulotorácica es una de las articulaciones del hombro, más específicamente, es una falsa articulación que permite el deslizamiento de la escápula en la pared torácica. Las superficies articulares son, por un lado, la cara escapular ocupada por el músculo subescapular y por otra parte la cara costal tapizada por el músculo serrato anterior, por lo que esta articulación se establece entre dos músculos (Paulos, 2014).

La plena capacidad funcional del hombro es el resultado de la acción conjunta de estos estabilizadores sobre las articulaciones glenohumeral, acromioclavicular y esternoclavicular. Debido a su alto grado de movilidad y su particular situación anatómica, el hombro presenta comúnmente afecciones degenerativas e inflamatorias a las cuales se denomina genéricamente Hombro Doloroso. (Oliveira et al., 2007)

La omalgia es un síntoma clínico que se define como el conjunto de alteraciones de músculos, tendones, nervios, vainas tendinosas, síndromes de atrapamiento nervioso, alteraciones articulares y neurovasculares que puede llevar a la incapacidad funcional de la persona, afectando directamente en su calidad de vida (Vasconez, 2014).

El hombro doloroso se caracteriza por la presencia del dolor y limitación de la movilidad. El elevado número de incidencias y su marcada disminución de la

capacidad funcional del miembro superior, hacen del hombro doloroso uno de los motivos más frecuentes de consulta. (Oliveira et al., 2007)

Puede ser resultado de una patología cápsula-articular o periarticular. En la patología cápsula-articular hay limitación de movimientos activos y pasivos y nunca son dolorosos los movimientos resistidos, mientras que las lesiones periarticulares presentan dolor en la movilidad activa y resistida, según el tendón afecto. La movilidad pasiva en las patologías periarticulares casi nunca está limitada. (Oliveira et al., 2007)

En su fase aguda, el paciente presenta dolor intenso en la cara anterior y externa del hombro, con menos frecuencia en la región escapular, se irradia por el miembro superior hasta el codo e incluso la mano. Se puede extender a la región pectoral y asociarse a la sensación de hormigueo. La abducción y rotaciones se limitan y agudizan el dolor. Durante la exploración se constata abducción activa limitada, entre 45° y 90° y abducción pasiva ligeramente mayor. (Oliveira et al., 2007)

En la fase crónica presenta la misma distribución del dolor, aunque en menor intensidad. Las parestesias se localizan más frecuentemente en las manos. La abducción activa es de 70° a 110° y la pasiva puede ser prácticamente completa, desde que sea realizada lentamente. Las rotaciones están limitadas, aunque son menos dolorosas. (Oliveira et al., 2007).

La omalgia representa el 1,2% de las consultas médicas y tercer lugar en frecuencia después de las lumbalgias y cervicalgias en las consultas de atención primaria. Se habla de esta entidad en aquellos pacientes con síntomas de inestabilidad, rigidez, debilidad, bloqueo, crepitación, deformidad o parestesias, no asociadas a fracturas agudas, en ausencia de patologías a nivel de raquis cervical o

etiologías no musculoesqueléticas (cardíacas, neurológicas, vasculares, entre otras) que pueden dar dolor referido. (Vicente, 2017).

El dolor de hombro se encuentra entre los malestares musculoesqueléticos más comunes y varios estudios sobre el costo de la enfermedad sugieren que es importante. Estudios han revelado que solo el 50% de todos los casos nuevos de dolor de hombro se recuperan por completo después de seis meses y el 60% después de 12 meses. (Hodgetts et al., 2021).

El dolor de hombro persistente puede deberse a bursitis, tendinitis, desgarro del manguito de los rotadores, capsulitis adhesiva, síndrome de pinzamiento, necrosis avascular, osteoartritis (OA) glenohumeral y otras causas de enfermedad articular degenerativa o lesión traumática, ya sea en combinación o como una entidad separada. Los trastornos del manguito de los rotadores, la capsulitis adhesiva y la OA glenohumeral son causas comunes de dolor de hombro persistente y representan alrededor del 10%, 6% y 2% a 5%, respectivamente, de todos los dolores de hombro. (Meislin et al., 2005)

Las condiciones comunes que pueden provocar dolor crónico en el hombro incluyen trastornos del manguito de los rotadores, capsulitis adhesiva, inestabilidad del hombro y artritis del hombro. Los trastornos del manguito rotador incluyen tendinopatía, desgarros parciales y desgarros completos. (Burbank et al., 2008)

En pacientes menores de 30 años las inestabilidades glenohumerales y las lesiones de origen traumático constituyen las causas más frecuentes de dolor en el hombro, aunque se ha visto un incremento por lesiones no traumáticas en los últimos años. Por otro lado, en pacientes de 30 a 50 años el síndrome subacromial y las lesiones del manguito rotador son muy frecuentes y por encima de los 50 años las rupturas del manguito rotador y las omartrosis son las más frecuentes. Las actividades

repetitivas manuales son de gran interés a la hora de enfocar el diagnóstico en el paciente (Vasconez, 2014).

Sin duda alguna es un problema de salud pública importante, dado que está entre los tres motivos de consulta musculoesquelético en atención primaria. La prevalencia de dolor de hombro en menores de 50 años se ha visto incrementado de un 16 a 25 %, siendo mayormente vulnerables las personas mayores, el cual origina incapacidad en el 20% de la población general en países en vía de desarrollo (Chico, 2017).

El dolor siempre será el síntoma principal en la mayoría de estos pacientes, ha de averiguarse su localización e irradiación, su cronología, sus características: mecánico o inflamatorio. El dolor por patología subacromial, el hombro congelado y las patologías del manguito suelen referir dolor de manera típica a la región deltoidea lateral irradiada o no a cara lateral. El dolor nocturno es muy típico de las patologías del manguito de los rotadores. La asociación de parestesias y entumecimiento obliga a realizar el diagnóstico diferencial con patologías del raquis cervical. Es importante conocer los antecedentes de los pacientes la diabetes mellitus, el alcoholismo, la cardiopatía isquémica presentan importante asociación con la aparición del hombro congelado (Ugalde et al., 2013).

En el espacio por debajo del acromion está presente la bursa subacromial bajo la cual, a su vez, pasan los tendones del manguito rotador. Este espacio puede verse reducido con patología degenerativa y por engrosamiento de la bursa, constituyendo así el sitio más común de bursitis en el hombro. (Villalobos et al., 2019).

La bursitis de etiología aguda es secundaria a “una caída con el brazo en flexión y abducción”. Mientras que, de manera crónica, señala que está asociada con enfermedades autoinmunes, o por depósitos de cristales y síndrome de pinzamiento

por movimientos repetitivos del miembro superior por arriba de la cabeza. (Calderón et al., 2017).

Otras patologías que contribuyen al padecimiento de omalgia de origen no traumático son el síndrome subacromial caracterizado como un conjunto de síntomas presidido por la existencia de dolor en la región deltoidea del hombro, y agrupa la patología de las estructuras situadas bajo el arco coracoacromial: tendinitis y tendinosis del manguito rotador, tendinitis calcificante, lesiones de la porción larga del bíceps y roturas del manguito (Vasconez, 2014).

Las lesiones del manguito rotador son las tendinopatías más comunes y la principal causa de dolor en el hombro. El término general de lesión de manguito rotador incluye las tendinitis, las lesiones de espesor parcial, las lesiones de espesor completo, y las roturas masivas del tendón. (Contreras del Toro et al., 2017).

La tendinopatía del manguito rotador puede presentarse de manera aguda o crónica. De manera aguda, los pacientes se presentan usualmente después de una lesión por trauma directo en el hombro o por una mecánica de lanzamiento con el brazo inadecuada. De manera crónica los pacientes describen un continuo con síntomas iniciales como dolor y rigidez asociados sólo al inicio de las actividades; seguidamente, manifiestan dolor, debilidad y pérdida de los rangos de movimiento del hombro. El dolor de hombro se puede reproducir ante la elevación, la rotación externa o interna y puede despertar al paciente durante la noche. (Hernández et al., 2023).

Las tendinopatías de la porción larga del bíceps se dividen en proximales y distales, las proximales son denominadas lesiones SLAP (Superior Labrum Anterior to Posterior), como aquella separación anormal de la región superior del rodete, desde su parte anterior hasta su parte posterior. Se han descrito múltiples causas, como

puede ser, la lesión por sobrecarga debido a la tracción continua de la porción larga del bíceps en la fase de desaceleración de los lanzadores deportivos, un esfuerzo brusco en rotación externa y abducción, o lesión por traumatismo del cinturón de seguridad en accidente de coche. El dolor puede manifestarse de manera insidiosa (uso excesivo) o súbitamente (traumatismo). (Carpintero et al., 2016)

Las distales son las que se producen en la región de la corredera bicipital y, con frecuencia, junto con atrapamiento subacromial. Estas son la tendinitis y tenosinovitis, ruptura en el canal y la inestabilidad por subluxaciones y luxaciones. (Carpintero et al., 2016)

Por otra parte, se encuentra la capsulitis adhesiva, también es llamada periartritis escapulo-humeral o capsulitis fibrótica, la cual, involucra inflamación sinovial y fibrosis de la cápsula articular. Mediante muestras histopatológicas se ha constatado la presencia de hiperplasia sinovial, fibrosis capsular, neovascularización con incremento de fibroblastos y miofibroblastos, glicosilación y entrecruzamiento de colágeno. El principal síntoma de esta patología es la aparición de una rigidez progresiva, los pacientes ya no pueden realizar actividades cotidianas como peinarse o tomar objetos de estantes superiores. Además, puede aparecer dolor en la zona de inserción del deltoides, de inicio insidioso, intensidad severa, el cual aumenta en la noche. (García et al., 2022)

Se dice que esta patología puede pasar por tres fases: “fase de congelación”, donde aparece una rigidez involuntaria progresiva, además de dolor insidioso con exacerbación nocturna, que puede tener una duración de 2 a 9 meses; “fase de congelado” la cual es el máximo periodo de rigidez, con disminución de la intensidad del dolor. Existe atrofia muscular, que presenta una duración entre 4 a 12 meses; y por último “fase de descongelación” caracterizada porque en esta se incrementa el

rango de movimiento articular y el dolor sigue disminuyendo en intensidad, y tiene una duración entre 5 a 12 meses. (García et al., 2022)

Se han descrito varios factores predisponentes, de los cuales la diabetes y enfermedades tiroideas (especialmente hipotiroidismo) son los más importantes. Otros factores predisponentes son padecimientos autoinmunes, nefrolitiasis, infarto agudo de miocardio, enfermedad cerebrovascular, cáncer, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Dupuytren, tabaquismo e inmovilización prolongada (Ugalde et al., 2013).

La exploración física del individuo con omalgia ha de realizarse con el paciente desnudo de la cintura para arriba, cuya inspección ha de realizarse de manera comparativa, lo cual permitirá apreciar asimetrías que nos ayuden a llegar al diagnóstico, atrofas, signos de rubor, aumento de partes blandas, deformidades (Vicente, 2017).

Mientras que la palpación de puntos dolorosos será fundamental ya que permitirá centrar el origen del dolor que refiere el paciente. Recordar que el hombro está constituido por la articulación glenohumeral, la esternoclavicular, la acromioclavicular y la escapulotorácica, todas ellas fáciles de definir en cuanto a su localización (Vicente, 2017).

La movilización también debe ser valorada desde el punto de vista pasivo, activo y contraresistencia. La limitación del movimiento activo y pasivo suele tener relación con un problema articular; las patologías extraarticulares no suelen presentar dolor a la movilidad pasiva y sí a la activa, a excepción de las bursitis en que duele en ambas; aquellos procesos relacionados con los mecanismos activos del movimiento, estructuras musculotendinosas, la limitación y el dolor suelen ser típicamente con el movimiento activo y con exacerbación con el movimiento contraresistencia. El dolor

a la movilidad activa entre 60 - 100° orienta a tendinitis del manguito de los rotadores, mientras por encima de estos grados la aparición de dolor orienta a patología de la articulación acromioclavicular. Los dolores referidos muestran inexistencia de dolor a la movilización activa y pasiva del hombro (Vasconez, 2014).

Debido a que el 65% de las causas de omalgia corresponde a lesión del manguito de los rotadores, se han realizado estudios de diagnóstico para corroborar las relaciones articulares del hombro y de su componente de tejido blando, dentro de los cuales, los más importantes fueron la artroscopia diagnóstico-terapéutica, resonancia magnética simple y contrastada, ecografía de alta definición y Rayos X; todos complementarios a la revisión clínica (Vasconez, 2014).

En el estudio radiológico, se debe de realizar dos proyecciones ortogonales como requisito fundamental, como lo son la anteroposterior y axilar, con la finalidad de valorar la relación del húmero con la cavidad glenoidea y con ello visualizar la presencia de osteofitos a nivel subacromial y/o a nivel del troquíter que puede revelar datos de afectación crónica del manguito de los rotadores. En las inestabilidades de hombro pueden aparecer cambios en forma de muescas a lo largo del anillo glenoideo o a nivel de la cabeza humeral. El aplanamiento de la cabeza humeral, con espacio articular irregular y disminuido son característicos de la omartrosis. La relación de la clavícula con el acromion y sus morfologías, también permiten valorar las variaciones anatómicas del acromion, el tipo III se asocia con mayor frecuencia con tendinopatía crónica del manguito, entre otras alteraciones (Vicente, 2017).

En el caso de la ecografía ha demostrado una gran utilidad desde la llegada de los nuevos transductores, ofrece la ventaja de aportar un estudio dinámico, es inocua, cómoda, económica y sin contraindicaciones para su realización. Permite la valoración de: las estructuras tendinosas, de la bursa subacromial, evaluar el cartílago articular, el labrum y valorar la existencia de derrame y sinovitis. Actualmente junto

con el estudio radiológico simple constituye el arma de estudios complementarios iniciales en la valoración del hombro (Arvinus, 2017).

La TAC por su parte, ha servido como complemento al estudio radiográfico simple en el estudio de traumatismos con radiografías negativas, o en el estudio preoperatorio de las omartrosis, para conocer el estado de la glena (Moreno, 2016).

A su vez la resonancia magnética constituye la segunda línea de estudios complementarios. Indicada como estudio diagnóstico y planificación preoperatoria, es útil en el estudio del manguito de los rotadores, en las lesiones del tendón largo del bíceps, en las lesiones sinoviales y en las del labrum (Ugalde et al., 2013).

Mientras que la gammagrafía es de utilidad como complemento de los estudios simples resulta útil en aquellos pacientes con patología inflamatoria, infecciosa y/o tumoral y estudios clínicos y radiográficos no evidentes, ni concluyentes (Moreno, 2016).

Dentro del tratamiento conservador se usa la modificación de actividades, medicación (AINE) o Infiltraciones corticoanestésicas o Rehabilitación a través de cinesiterapia, electroterapia y/o potenciación muscular, analgesia (AINES e infiltraciones corticoideas para bajar la inflamación) y recuperación del arco del movimiento con rehabilitación. (Pérez et al., 2002)

(AINE) son un grupo de medicamentos que se utilizan para tratar el dolor, la inflamación y la fiebre. Los AINE más utilizados para la omalgia son el ibuprofeno y el naproxeno. Estos medicamentos actúan inhibiendo la producción de prostaglandinas, unas sustancias que participan en la inflamación y el dolor. (Pérez et al., 2002)

Los analgésicos son medicamentos que se utilizan para tratar el dolor. Los analgésicos más utilizados para la omalgia son el ibuprofeno, el ácido acetilsalicílico (AAS) y el paracetamol. Estos medicamentos actúan de diferentes maneras para bloquear la transmisión del dolor al cerebro. (Moreno & Muedra. 2013).

Un tratamiento conservador, pero más invasivo que el tratamiento farmacológico son las infiltraciones. El principal objetivo de estas es aliviar el dolor y mejorar la función. Varios trabajos han demostrado un mayor grado de analgesia y mejora de la movilidad articular del hombro en las infiltraciones ecoguiadas, en comparación con las infiltraciones a ciegas, ya que se comprobó un 100% de precisión en la localización del fármaco en las articulaciones acromioclavicular, bursa subacromiodeltoidea y porción larga del bíceps. (Moreno & Muedra. 2013).

Los fármacos más empleados en las infiltraciones son los anestésicos locales y corticoides. El fundamento de administrar anestésicos locales, es lograr una analgesia inmediata al lograr una anestesia de la zona infiltrada. Son fármacos que, en concentraciones suficientes en el lugar de acción, impiden la conducción de impulsos eléctricos por las membranas del nervio y músculo en forma transitoria y predecible, originando pérdida de sensibilidad en una región del cuerpo por disminución de la permeabilidad de los canales de sodio, y bloqueando la fase inicial del potencial de acción. Entre estos se encuentran la lidocaína, ropivacaína y bupivacaína. (Moreno & Muedra. 2013)

El mecanismo de acción de los corticoides sería mediante su efecto antiinflamatorio, al inhibir la síntesis de prostaglandina por bloqueo de la fosfolipasa A2. Son potentes antiinflamatorios y moduladores del dolor, y pueden ser inyectados, intraarticular, intrabursal y peritendinoso. Los corticoides más usados son la dexametasona, triamcinolona, y betametasona, todos derivados de la prednisolona (Figueredo, 2018).

Dentro de los fármacos más utilizados para la infiltración de hombro, tenemos los corticoides, ácido hialurónico y plasma rico en factores de crecimiento derivados de las Plaquetas (PRP) (López, 2017).

Entre los corticosteroides sintéticos con mayor efecto sobre la respuesta inmune e inflamatoria se encuentra la metilprednisolona, siendo un fármaco de acción breve a media con un efecto equiparable a la prednisona, metilprednisolona y triamcinolona. Existen otros corticoides con un efecto antiinflamatorio más potente y vida media más larga que la metilprednisolona y la misma hidrocortisona (cortisol) como la parametasona, fluprednisolona, betametasona y dexametasona, siendo los dos últimos los glucocorticoides sintéticos con efecto antiinflamatorio más potente (López, 2027).

Por cerca de 50 años, los corticosteroides inyectables han sido usados para manejar una amplia variedad de patologías del hombro. A pesar de la existencia de diversas publicaciones reprobando el uso de los mismos, se ha demostrado que hasta en un 96% de los casos, la infiltración subacromial con corticosteroides es eficaz en el manejo de dolor y mejoría de la función causada por lesiones del manguito rotador (López, 2017).

En la mayoría de las series de casos utilizan dos de los glucocorticoides con mejor efecto antiinflamatorio y con similitudes en su vida media de acción: el acetato de metilprednisolona y la triamcinolona (López, 2017).

La infiltración de ácido hialurónico en una articulación tiene como objetivo hidratar, suplementar y estimular la producción de líquido sinovial, disminuir la inflamación y generar analgesia (López, 2017).

La infiltración de plasma rico en factores de crecimiento se puede realizar intraarticulamente o en tejidos blandos, buscando fundamentalmente aprovechar su

potente efecto antiinflamatorio y analgésico y en determinados casos favorecer la reparación del tejido dañado (López, 2017).

Los procedimientos artroscópicos para el tratamiento quirúrgico de la inestabilidad anterior, posterior y multidireccional de la articulación glenohumeral, la reparación de las lesiones del manguito de los rotadores, la acromioplastia artroscópica, la cirugía artroscópica en lesiones tipo SLAP (Superior Labrum from Anterior to Posterior), la artritis glenohumeral y la capsulitis adhesiva se mostraron eficaces en términos de mejora de escalas de funcionalidad y grado de satisfacción de los pacientes. (Grau, 2018)

En el estudio de revisión *A systematic review of the global prevalence and incidence of shoulder pain*, Lucas et al (2022) tuvo como objetivo resumir la evidencia relacionada con la prevalencia y la incidencia del dolor de hombro a nivel internacional, utilizando bases de datos de estudios médicos como EMBASE, CINAHL, Web of Science y Medline, incluida la variabilidad basada en el sexo y la geografía. En los resultados, las estimaciones de incidencia y prevalencia del dolor de hombro fueron generalmente más altas para las mujeres que para los hombres y fueron más altas en los países de altos ingresos.

En el estudio *Shoulder pain prevalence and risk factors in middle-aged women: A cross-sectional study*, Khosravi et al (2019) realizado en Irán, indagó en la relación que tienen la prevalencia del dolor de hombro y los posibles factores de riesgo asociados en mujeres de mediana edad, entre un total de 500 mujeres con edades comprendidas entre los 45 a 65 años. Los resultados indicaron que el dolor de hombro tiene una prevalencia considerable en mujeres de mediana edad. Además, se encontró que los antecedentes de dolor y traumatismo en el hombro, osteoporosis, dolor del músculo trapecio y radiculopatía cervical estaban asociados con el dolor actual en el hombro.

Por otro lado, el estudio *Diabetes and shoulder disorders*, Lan Hsu y Sheu (2016) realizado en Taiwán, investigó el efecto de la diabetes e hiperlipidemia sobre la aparición del trastorno del manguito rotador. El análisis de riesgos proporcionales mostró que, además de la edad avanzada y el sexo femenino, tanto la diabetes como la hiperlipidemia aumentaban el riesgo de enfermedades del manguito rotador.

A su vez, vale la pena destacar el estudio de revisión *Síndrome de hombro doloroso*, Fonseca et al., (2010) realizado en la Clínica Marcial Fallas Díaz, Desamparados, Costa Rica. Donde se hizo una revisión retrospectiva descriptiva en 171 expedientes clínicos de los usuarios que consultaron por síndrome de hombro doloroso, en los que se registraron variables demográficas, diagnóstico y evaluación clínica, imágenes diagnósticas y tratamientos empleados, entre otros. La edad promedio fue de 55,5 años, con mayor frecuencia en el sexo femenino (74,3%), se confirma que el lado más afectado es el derecho (45%), la mayoría de los consultantes (80%) tenían labores manuales, el grupo diagnóstico más frecuente fue el de síndrome subacromial, y además, se confirmó la coexistencia con diabetes (20,9%) y trastornos depresivos (15%).

En Venezuela, se cuenta con el estudio descriptivo transversal *Características radiológicas y ecográficas en pacientes con síndrome de hombro doloroso*. Servicio de radiología y diagnóstico por imágenes “Dr. Theoscar Sanoja”. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto, estado Lara. Realizado por Pérez y Marín (2017). Con una muestra constituida por 64 pacientes, se obtuvieron los siguientes resultados: predominio del grupo de edad entre 47 y 55 años (43.7%), seguido en frecuencia por los de 38 a 46 y 56 a 64 años con 15.7% cada uno. Predominó el género masculino con 54.6% y el hombro mayormente afectado fue el derecho (71.9%). La circunstancia más común de aparición del dolor fue la espontánea (76.5%) y la cronología crónica prevaleció con 85.9%. Las características radiológicas fueron normales en 90.6% de los pacientes, sin demostrar relación

directa con la edad, el género, circunstancia y la cronología de aparición del dolor. La exploración ecográfica reportó patologías en el 93.7% de los casos, predominando la tendinosis aguda del supraespinoso (73.3%), la bursitis aguda subacromiosubdeltoidea (45%), bursitis crónica subacromiosubdeltoidea (30%), tendinosis crónica del supraespinoso (16.7%) y la tenosinovitis de la porción larga del bíceps braquial (10%).

En las omalgias el diagnóstico habitualmente se basa en la historia, la exploración y los estudios de imagen, siendo imperativo su estudio, es por ello que en la realización y ejecución de este trabajo se caracterizará epidemiológicamente los casos de omalgia no traumática en pacientes de 30 – 60 años que se encuentren en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez durante el periodo abril 2013 – abril 2023.

JUSTIFICACIÓN

Los hospitales proveen atención a un sin número de personas, por lo general son pacientes con enfermedades, afecciones o lesiones provenientes de la zona, que por lo general residen en el establecimiento por un corto periodo de tiempo de tratarse de una patología autolimitada o por un tiempo considerable atribuible a la complejidad de sus lesiones traumáticas o no.

Estas últimas constituyen una de las causas y/o motivos de consulta del paciente en la atención primaria, puesto que las probabilidades de que la persona se complique aumentan con el paso del tiempo. La base fundamental del tratamiento de una lesión no traumática como la omalgia será una buena atención médica de la mano de estudios complementarios que promuevan una terapéutica adecuada en el paciente.

En la actualidad, se han descrito todos los elementos asociados al inicio y desarrollo de la omalgia, como los movimientos repetitivos, labores que requieren ejercer gran fuerza, malas posturas y los agentes externos que intervienen en producir dichas lesiones aunados a estas características. Debido al aumento de esta entidad patológica del miembro superior se hace imperativo estudiar y conocer la biomecánica que explica su origen. Es por ello que el desarrollo de este trabajo permitirá caracterizar epidemiológicamente los casos de omalgia no traumática en pacientes de 30 – 60 años que se encuentren en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez durante el periodo abril 2013 – abril 2023.

OBJETIVOS

Objetivo general

Caracterizar epidemiológicamente los casos de omalgia no traumática en pacientes de 30 – 60 años que se encuentren en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez en Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Venezuela, durante el periodo abril 2013 – abril 2023.

Objetivos específicos

1. Determinar los casos de omalgia no traumática según la edad y género.
2. Precisar la ocupación de los pacientes en estudio.
3. Señalar la procedencia de los pacientes estudiados.
4. Categorizar la comorbilidad que pudiera estar presentando el paciente.
5. Clasificar a los pacientes según la afectación unilateral o bilateral.
6. Especificar el tiempo de evolución del dolor.
7. Mencionar los estudios de imagen empleados en las lesiones de hombro.
8. Catalogar los casos en grupos diagnósticos (Tendinopatía de la porción larga del bíceps braquial, tendinopatía del manguito rotador, capsulitis adhesiva, bursitis, artritis glenohumeral y procesos degenerativos).

9. Resaltar el tratamiento empleado en estos pacientes.
10. Relacionar el diagnóstico con el tratamiento empleado.

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio

Observacional, descriptivo, de tipo transversal, bimodal.

Universo

El universo estará representado por todos aquellos pacientes con patologías del miembro superior que hayan acudido a consulta de traumatología del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez.

Muestra

La muestra estará conformada por todos los pacientes de 30 - 60 años con omalgia no traumática que hayan acudido a consulta de traumatología del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, durante el período de abril 2013- abril 2023 y que cumplan los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Pacientes entre los 30 – 60 años de edad, cuyo motivo de consulta sea dolor de hombro.
- El diagnóstico del paciente corresponde a un tipo de omalgia no traumática.
- Sin predilección en cuanto a género.
- Colaboradores, que deseen participar en el proceso investigativo.

Criterios de exclusión

- Que no acepten colaborar con la investigación.
- Evidencia de traumatismo previo en hombro afecto.

Procedimientos

Se realizará un acta dirigida al jefe del departamento de historias médicas del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez (Apéndice A) para la búsqueda de información por medio de la revisión de las historias. Asimismo, los colaboradores facilitarán información para la realización de este proyecto. También se realizará una ficha de recolección de datos (Apéndice B) que ayude a distribuir la población bajo estudio.

Análisis de resultados y tabulación

Los datos serán analizados por medio del programa Microsoft Excel, aplicando estadística descriptiva, para luego ser presentados en cuadros y con ello lograr una correcta interpretación de los mismos.

RESULTADOS

Tabla 1

Omalgia no traumática según edad y sexo. Servicio de Traumatología y Ortopedia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Venezuela. Abril 2013- Abril 2023.

Edad (años)	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
30-35	2	5,88	1	2,94	3	8,82
36-41	4	11,76	-	-	4	11,76
42-47	2	5,88	-	-	2	5,88
48-53	7	20,58	-	-	7	20,58
54-59	4	11,76	4	11,76	8	23,52
60	7	20,58	3	8,82	10	29,41
Total	26	76,44	8	23,52	34	100

Fuente: Registro estadístico de salud.

En la tabla número 1 se puede evidenciar que el sexo femenino predominó sobre el masculino con un 76,44% (n= 23), cuya edad más resaltante se encontró entre los 48 – 53 años. Mientras que para el sexo masculino con un 23,53% (n=8) la edad más resaltante fue 54 – 59 años.

Tabla 2

Omalgia no traumática según la ocupación. Servicio de Traumatología y Ortopedia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Venezuela. Abril 2013- Abril 2023.

Ocupación	n	%
Ama de casa	10	29,41
Docente	9	26,47
Asistente administrativo	7	20,58
Minero	6	17,64
Licenciado en enfermería	1	2,94
Esteticista	1	2,94
Total	34	100

Fuente: Registro estadístico de salud.

En la tabla número 2 se evidencia que la ocupación predominante fue ama de casa, con un 29,41% (n=10), seguida por los docentes y asistentes administrativos con 26,47% (n=9) y 20,58% (n=7) respectivamente.

Tabla 3

Omalgia no traumática según procedencia. Servicio de Traumatología y Ortopedia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Abril 2013- Abril 2023.

Procedencia	n	%
Agua Salada	4	11,76
Catedral	5	14,70
Sabanita	9	26,47
Vista Hermosa	8	23,52
Marhuanta	1	2,94
José Antonio Páez	5	14,70
Otros	2	5,88
Total	34	100

Fuente: Registro estadístico de salud.

Los datos expuestos en la tabla número 3 destacan que el 26,47% (n=9) de los pacientes atendidos en el Hospital Ruíz y Páez eran provenientes de la parroquia La Sabanita, siendo este el valor con más frecuencia observado.

Tabla 4

Omalgia no traumática según comorbilidades. Servicio de Traumatología y Ortopedia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Venezuela. Abril 2013- Abril 2023.

Comorbilidad	n	%
Hipertensión Arterial	10	24,41
Artritis Reumatoide	4	11,76
Diabetes Mellitus	8	23,52
Ninguno	12	35,29
Total	34	100

Fuente: Registro estadístico de salud.

En la tabla número 4 se evidencia que la comorbilidad encontrada con más frecuencia fue la hipertensión arterial con 24,41% (n=10), seguida por la diabetes mellitus con 23,52% (n=8) y la artritis reumatoide en tercer lugar con 11,76% (n=4), siendo estos las únicas comorbilidades encontradas al realizar el estudio.

Tabla 5

Omalgia no traumática según el lado afectado. Servicio de Traumatología y Ortopedia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Venezuela. Abril 2013- Abril 2023.

Lado Afectado	n	%
Hombro derecho	25	73.52
Hombro izquierdo	8	23.52
Bilateral	1	2.94
Total	34	100

Fuente: Registro estadístico de salud.

Los datos expuestos en la tabla número 5 demuestran que la afectación unilateral fue la más frecuente, destacando el hombro derecho con 73,52% (n=25), seguida por la afectación unilateral del hombro izquierdo con 23,52% (n=8).

Tabla 6

Omalgia no traumática según el tiempo de evolución del dolor. Servicio de Traumatología y Ortopedia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Venezuela. Abril 2013- Abril 2023.

Tiempo de evolución	n	%
Agudo	9	26,47
Crónico	25	73,52
Total	34	100

Fuente: Registro estadístico de salud.

En la tabla número 6 se evidencia que el tiempo de evolución predominante fue el crónico, con 73,52% (n=25).

Tabla 7

Omalgia no traumática según el estudio de imagen empleado. Servicio de Traumatología y Ortopedia del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Venezuela. Abril 2013- Abril 2023.

Estudio de imagen	n	%
Radiografía	32	94,11
Tomografía Axial Computarizada	-	-
Resonancia Magnética	2	5,88
Total	34	100

Fuente: Registro estadístico de salud.

La tabla número 7 evidencia que el estudio de imagen empleado predominantemente fue la Radiografía con 94,11% (n=32), seguida de la Resonancia Magnética con 5,88% (n=2), siendo estos los únicos estudios recaudados en la investigación.

Tabla 8

Omalgia no traumática según impresión diagnóstica. Servicio de Traumatología y Ortopedia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Venezuela. Abril 2013- Abril 2023.

Impresión Diagnóstica	n	%
Tendinopatía de la porción larga del bíceps braquial	14	31,11
Bursitis subacromial	13	28,88
Capsulitis adhesiva	10	22,22
Tendinopatía del Manguito Rotador	7	15,55
Procesos degenerativos	1	2,22
Total	45	100

Fuente: Registro estadístico de salud.

En la tabla número 8 se evidencia que la tendinopatía de la porción larga del bíceps braquial y bursitis subacromial fueron los diagnósticos más frecuentes de la población en estudio, con un porcentaje de 31,11% (n=14) y 28,88% (n=13) respectivamente. Seguido de la capsulitis adhesiva con un 22,22% (n=10) y la tendinopatía del manguito rotador con un 15,55% (n=7).

Tabla 9

Omalgia no traumática según el tratamiento empleado. Servicio de Traumatología y Ortopedia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Venezuela. Abril 2013- Abril 2023.

Tratamiento	n	%
Farmacológico	15	44,11
Fármacos y fisioterapia	18	52,94
Infiltración	1	2,94
Total	34	100

Fuente: Registro estadístico de salud.

Alrededor de un 52,94% (n=18) de los pacientes del Hospital Ruiz y Páez recibieron un tratamiento combinado de fármacos y fisioterapia, mientras que un 44,11% (n=15) recibió sólo tratamiento farmacológico.

Tabla 10

Relación entre diagnósticos de omalgia en pacientes entre 30 - 60 años, Omalgia no traumática según patología y tratamiento empleado. Servicio de Traumatología y Ortopedia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Venezuela. Abril 2013- Abril 2023.

Diagnóstico/ Tratamiento	Farmacológico		Fármacos y Fisioterapia		Infiltración		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tendinopatía de la porción larga del bíceps braquial	4	8,88	10	22,22	-	-	14	31,11
Tendinopatía del manguito rotador	2	4,44	5	11,11	-	-	7	15,55
Capsulitis adhesiva	2	4,44	8	17,77	-	-	10	22,22
Bursitis	13	28,88	-	-	-	-	13	28,88
Procesos degenerativos	-	-	-	-	1	2,22	1	2,22
Total	21	46,64	23	51,1	1	2,22	45	100

Fuente: Registro estadístico de salud.

En la tabla número 10 se puede evidenciar que el diagnóstico con mayor porcentaje de tratamiento farmacológico fue la bursitis (n=13) con un 28,88%, seguido de la tendinopatía de la porción larga del bíceps braquial (n=4) con un 8,88%, capsulitis adhesiva (n=2) con un 4,44%, asimismo, la tendinopatía del manguito rotador (n=2) con un 4,44%. Mientras que el diagnóstico con mayor porcentaje de tratamiento farmacológico y fisioterapia es la tendinopatía de la porción larga del bíceps braquial (n=10) con un 22,22%, seguido de la capsulitis adhesiva (n=8) con 17,77% y la tendinopatía del manguito rotador (n=5) con un 11,11%. Solo a un 2,22% (n=1) se le realizó un procedimiento de infiltración.

DISCUSIÓN

En el presente estudio realizado en el Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, se pudo evidenciar que el sexo femenino predominó sobre el masculino con un 76,44%, cuya edad más resaltante se encontró distribuida entre los 48 – 53 años y 60 años, ambas con una frecuencia del 20,58%. Mientras que para el sexo masculino con un 23,53% la edad más resaltante fue 54 – 59 años. Esto corresponde a los datos suministrados por el estudio de Lucas et al., (2022), donde las estimaciones de incidencia y prevalencia del dolor de hombro fueron generalmente más altas para las mujeres que para los hombres.

Las ocupaciones halladas en el estudio fueron en primer lugar, las amas de casa con un 29,41%, seguidamente los docentes con un 26,47%, asistentes administrativos 20,58%, mineros 17,65%, y licenciados en enfermería y esteticistas con un 2,94% para ambas. Estas profesiones tienen algo en común y son las actividades manuales, en su estudio, Vasconez, 2014, expone que las actividades repetitivas manuales son de gran interés a la hora de enfocar el diagnóstico en el paciente.

La mayoría de los pacientes fueron procedentes de la parroquia la sabanita por un 26,47%, seguido de la parroquia Vista Hermosa con 23,52%, Catedral y José Antonio Páez con un 14,70% para ambas, Agua Salada con un 11,76% y Marhuanta siendo este del 2,94%. Debido a que Venezuela se considera un país en vías de desarrollo, es posible coincidir con el estudio de Vasconez 2014, donde se expone que las personas mayores de 50 años son las mayormente vulnerables, grupo en el cual origina una incapacidad del 20% en países en vía de desarrollo.

La comorbilidad encontrada en el estudio con mayor frecuencia fue la hipertensión arterial con un 24,41%, en segundo lugar, la diabetes mellitus con

23,52% y en tercer lugar la artritis reumatoide con un 11,76%. Estos datos destacan una relación extraordinaria con el estudio de Diabetes and shoulder disorders, Lan Hsu y Sheu (2016) donde los autores manifiestan que tanto la diabetes, como la hiperlipidemia, aumentaban el riesgo de enfermedades del manguito rotador. Además, en el estudio de Fonseca et al., (2010) se confirmó la coexistencia con diabetes en el 20,9% de los casos.

De acuerdo a los datos recolectados, la afectación unilateral del hombro derecho fue el hallazgo más frecuente con 73,52%, seguida del izquierdo con un 23,52% y bilateral con un 2,94%. Datos que coinciden con el estudio de Fonseca et al., (2010) donde se constató que el lado más afectado fue el derecho (45%).

En la mayoría de los casos (73,52%) se evidenció una evolución crónica del dolor, un resultado concordante con la investigación de Burbank et al., 2008, donde afirma que las condiciones comunes que pueden provocar dolor crónico en el hombro incluyen trastornos del manguito de los rotadores, capsulitis adhesiva, inestabilidad del hombro y artritis del hombro. Los trastornos del manguito rotador incluyen tendinopatía, desgarros parciales y desgarros completos. Siendo estos parte de los diagnósticos recolectados en el estudio.

El estudio de imagen empleado predominantemente fue la radiografía con 94,11%, seguida de la resonancia magnética con 5,88%, siendo estos los únicos estudios recaudados en la investigación. Estos estudios de imagen empleados corresponden a la investigación de Vasconez, 2014 quien refiere que los más importantes fueron la artroscopia diagnóstico-terapéutica, resonancia magnética simple y contrastada, ecografía de alta definición y Rayos X; todos complementarios a la revisión clínica.

Se encontró que las tendinopatías de la porción larga del bíceps braquial fueron las más comunes en la población estudiada con un 31,11%, seguidamente de la bursitis subacromial con 28,88%, capsulitis adhesiva con 22,22%, tendinopatía del manguito de los rotadores con un 15,55% y finalmente los procesos degenerativos de la articulación glenohumeral que corresponden al 2,22%. Información que se asemeja a los hallazgos de Meislin et al., 2005, donde refiere que los trastornos del manguito de los rotadores, la capsulitis adhesiva y la osteoartritis glenohumeral son causas comunes de dolor de hombro persistente. Además, Vasconez, 2014 manifiesta que la tendinitis y tendinosis del manguito rotador, tendinitis calcificante, lesiones de la porción larga del bíceps y roturas del manguito son causas comunes del hombro doloroso.

Alrededor de un 52,94% de los pacientes del Hospital Ruiz y Páez recibieron un tratamiento combinado de fármacos y fisioterapia, mientras que un 44,11% recibió sólo tratamiento farmacológico y un 2,94% fueron tratados mediante infiltración. Estos datos concuerdan con los recolectados en el estudio de Figueredo 2018, donde manifestó que dentro del tratamiento conservador se usa la modificación de actividades, medicación (AINE) o Infiltraciones corticoanestésicas o Rehabilitación a través de cinesiterapia, electroterapia y/o potenciación muscular, analgesia (AINES e infiltraciones corticoideas para bajar la inflamación) y recuperación del arco del movimiento con rehabilitación.

De acuerdo a la asociación de los datos recolectados, se puede evidenciar que el diagnóstico con mayor porcentaje de tratamiento farmacológico fue la Bursitis con un 28,88%, seguido de la tendinopatía de la porción larga del bíceps braquial (8,88%), capsulitis adhesiva (4,44%), asimismo, la tendinopatía del manguito rotador (4,44%). Mientras que el diagnóstico con mayor porcentaje de tratamiento farmacológico aunado a la fisioterapia fue la tendinopatía de la porción larga del bíceps braquial con un 22,22%, seguido de la capsulitis adhesiva (17,77%) y la tendinopatía del manguito

rotador (11,11%). Solo a un 2,22% se le realizó un procedimiento de infiltración debido a procesos degenerativos. La relación de estos datos no se ha comparado en otros estudios, sin embargo, siendo el dolor el síntoma cardinal e incapacitante a largo plazo que relaciona a todas estas patologías, es esperado encontrar que la mayoría de los casos fueron tratados mediante el uso de fármacos y rehabilitación.

CONCLUSIONES

- El sexo femenino predominó sobre el masculino, cuya edad con mayor frecuencia observada se encontró entre los 48 – 53 años y 60 años.
- Las ocupaciones predominantes fueron las amas de casa en primer lugar, seguido de los docentes y asistentes administrativos.
- Uno cuarto de los pacientes atendidos eran provenientes de la parroquia la sabanita.
- La comorbilidad hallada con más frecuencia fue la hipertensión arterial sistémica, sin embargo, la mayoría de los casos no presentaron comorbilidades.
- La mayoría de los casos presentaron afectación unilateral del hombro derecho.
- El tiempo de evolución del dolor en dichas patologías para el momento del diagnóstico fue predominantemente crónico.
- El estudio de imagen más resaltante fue la radiografía simple
- La patología diagnosticada con mayor frecuencia fue la Tendinopatía de la porción larga del bíceps braquial, seguidamente la bursitis subacromial y capsulitis adhesiva.

- La mayoría de los pacientes atendidos en el Complejo Hospitalario Ruiz y Páez recibieron un tratamiento combinado de fármacos y fisioterapia.
- El diagnóstico que con más frecuencia fue tratado únicamente con tratamiento farmacológico fue la Bursitis. Mientras que el diagnóstico que con más frecuencia fue tratado con una terapia combinada de fármacos y fisioterapia fue la tendinopatía de la porción larga del bíceps braquial, seguido de la capsulitis adhesiva y la tendinopatía del manguito rotador.

RECOMENDACIONES

- Concientizar a la población de Ciudad Bolívar sobre la importancia de no normalizar el dolor articular y de acudir a consulta para evitar llegar a la incapacidad funcional.
- Promover el cuidado de los equipos radiológicos existentes y realizar planes de recuperación de todos aquellos equipos en mal estado.
- Informar al personal de la relevancia que tiene al momento de diagnosticar patologías no traumáticas del hombro la edad, sexo, ocupación y comorbilidades asociadas.
- Fomentar la importancia de la rehabilitación física tras el padecimiento de un dolor crónico articular.
- Promover la realización de estudios epidemiológicos específicos de patologías no traumáticas del hombro para conocer más de estas entidades en nuestro medio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arvinus, C. 2017. Estudio de la reparación de las lesiones del manguito rotador mediante compuestos transportador-BMP [Documento en línea] Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/47072/1/T39771.pdf> [Mayo, 2023].
- Burbank, K., Herbert, J., Czarnecki, G., & Dorfman, J. (2008). Chronic shoulder pain: part I. Evaluation and diagnosis. *American family physician*, 77(4). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18326164> [Mayo, 2023].
- Calderón Elizondo, J. (2017). Descripción de la biomecánica traumática de lesiones laborales del miembro superior en el establecimiento de la relación de casualidad médico-legal [Universidad de Costa Rica]. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/7368> [Mayo, 2023].
- Chico, E. 2017. Estudio prospectivo comparando los resultados obtenidos con tres tratamientos de electroterapia en las tendinopatías calcificadas del supraespinoso. [Documento en línea] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/15897/Tesis749-160210.pdf?sequence=1> [Mayo, 2023].

- Contreras-del Toro, L., González-Damián, J., Cruz-Medina, E., Macías-Hernández, S. I. 2023. Lesiones de manguito rotador: estado actual de la literatura con enfoque en rehabilitación. *Investigación en Discapacidad*, 9(1), 13–23. Disponible en: <https://doi.org/10.35366/109508> [Mayo, 2023]
- Figueredo Casadei, G. (2018). Procedimientos intervencionistas ecoguiados en hombro doloroso. *Rev. Imagenol.*, 2(2), 59–66. https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/2018/3_agosto/ur/procedimientos_esp.pdf
- García-López, J. A., López-Hernández, D., López-López, J. J., Gómez-Gómez, M. J. 2022. Actualización en traumatología deportiva: hombro congelado. *Revista Medicina e Investigación*. 353: 1-15. doi: 10.1016/j.medin.2022.06.001
- Gardner, E., Gray, J., O'Rahilly, R. 2001. *Anatomía*. McGraw Hill. D.F., México. 928 pp.
- Gorbaty, J. D., Hsu, J. E., Gee, A. O. 2017. Classifications in brief: Rockwood classification of acromioclavicular joint separations. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 475(1): 283–287. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11999-016-5079-6> [Mayo, 2023].
- Grau, M. 2018. Artroscopia de hombro: uso adecuado. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Disponible en: https://aguas.gencat.cat/web/.content/minisite/aguas/publicacions/2018/artroscopia_hombro_RED_aguas2018.pdf [Mayo, 2023].

- Hernández R., Coto A., Rodríguez, D. 2023. Tendinopatía del manguito rotador: actualización de la fisiopatología y el abordaje diagnóstico-terapéutico. *Revista Médica Sinergia*. 8(7): e1076. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v8i7.1076> [Mayo, 2023].
- Hodgetts, C., Walker, B. 2021. Epidemiology, common diagnoses, treatments and prognosis of shoulder pain: A narrative review. *International Journal of Osteopathic Medicine: IJOM*. 42: 11–19. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2021.10.006> [Mayo, 2023].
- Villalobos, K., Madrigal, E.. 2019. Biomechanics of shoulder injuries: Critical bibliographic review from the medical-legal-occupational perspective. *Revista Medicina Legal De Costa Rica*, 56–67. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v36n2/2215-5287-mlcr-36-02-56.pdf> [Mayo, 2023].
- López V. Infiltraciones articulares: Qué son y Cuándo se indican [Internet]. Sport IT - Unidad de Medicina Deportiva. Sport IT, Centro de Medicina Deportiva; 2021 [citado el 17 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.sport-it.es/infiltraciones-articulares/>
- Carpintero Lluch, R., González Fernández, Á., & Delgado Martínez, A. (2016). Lesiones de la porción larga del bíceps. *Rev. S. And. Traum. y Ort.*, 33(3/4), 9–20. <https://www.portalsato.es/documentos/revista/Revista16-3/02.pdf> [Mayo, 2023].

- Meislin, R. J., Sperling, J. W., Stitik, T. P. 2005. Persistent shoulder pain: epidemiology, pathophysiology, and diagnosis. *American Journal of Orthopedics (Belle Mead, N.J.)*. 34(12 Suppl): 5–9.
- Moreno Fernández, J. (2017). Valor diagnóstico de la exploración física en la patología del hombro doloroso. En *Digitum: Repositorio Institucional de la Universidad de Murcia* (p. 221). <http://hdl.handle.net/10201/51725>. [Mayo, 2023].
- Moreno, L., & V, Muedra. (2013). Farmacología básica del dolor (analgésicos). En *Máster en Abordaje Integral del Dolor* (pp. 1–15). EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA. https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Master_Abordaje_Dolor/M1T5Texto.pdf
- Oliveira, C., Navarro, R., Ruíz, J., Jiménez, J., Brito, E. 2007. Biomecánica del hombro y sus lesiones. *Canarias Médica Y Quirúrgica*, 4(12): 8–16. Disponible en: https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/5977/1/0514198_00012_0002.pdf [Mayo, 2023].
- Pérez, A., López, A., & Grau, I. (2002). Antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Consideraciones para su uso estomatológico. *Revista Cubana de Estomatología*, 39(2), 119–138. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000200004

- Suárez, N., & Osorio, A. (2013). Biomecánica del hombro y bases fisiológicas de los ejercicios de Codman. *CES MEDICINA*, 27(2), 205–218. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v27n2/v27n2a08.pdf>
- Ugalde, C. E., Zúñiga, D., & Barrantes, R. (2013). Actualización del síndrome de hombro doloroso: lesiones del manguito rotador. *Medicina legal de Costa Rica*, 30(1), 63–71. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152013000100009.
- Vasconez, C. 2014. Correlación entre dolor del síndrome de hombro doloroso y la distancia subacromial medida por ecografía en pacientes ambulatorios del servicio de diagnóstico por imagen de la clínica Santa Cecilia (Riobamba) y centro médico AXXIS (Quito) en los meses de noviembre del 2013 a marzo del 2014. [Documento en línea] Disponible en: https://prezi.com/wqc_bakryqxa/pontificia-universidad-catolica-del-ecuador/ [Mayo, 2023].
- Vicente, J. 2017. Hombro doloroso e incapacidad temporal. El retorno al trabajo tras larga baja por hombro doloroso. Causalidad del trabajo en el hombro doloroso [Documento en línea] Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v62n245/06_inspeccion.pdf [Mayo, 2023].

APÉNDICES

Apéndice A

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

Ciudad Bolívar, Mayo de 2023.

Jefe del Departamento de Historias Médicas. Su despacho.

Reciba un cordial saludo, por medio de la presente hacemos solicitud, de llevar a cabo la ejecución del trabajo de investigación titulado: **ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO MULTICÉNTRICO DE CASOS DE OMALGIA NO TRAUMÁTICA EN PACIENTES DE 30 – 60 AÑOS QUE SE ENCUENTREN ENTRE CIUDAD BOLÍVAR Y PUERTO ORDAZ. PERIODO ABRIL 2019 – ABRIL 2023.** Que será presentado posteriormente como trabajo de grado, siendo un requisito parcial para optar por el título de Médico Cirujano. Durante la realización del mencionado trabajo de investigación se contará con la asesoría de la Dra. Magdelia Arenas.

Sin nada más que hacer referencia, queda de parte de usted.

Atentamente.

Salloum Dunia

Silva Paola

Apéndice B

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad _____

Género: M _____ F _____

Ocupación _____

Procedencia _____

Enfermedad _____ de _____ base

Afectación: Hombro derecho _____ Hombro Izquierdo _____ Bilateral _____

Evolución del dolor _____

Estudio de imagen: Rx _____ RM _____ Eco _____ TAC _____ Otro _____

Diagnóstico:

Tendinopatía de la porción larga del bíceps braquial _____

Tendinopatía del manguito rotador _____

Procesos degenerativos _____

Capsulitis adhesiva _____

Bursitis _____

Artrosis glenohumeral _____

Tratamiento empleado:

Quirúrgico _____

Infiltración _____

Fármacos _____ ¿cuál? _____

Fisioterapia _____

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS DE OMALGIA NO TRAUMÁTICA EN PACIENTES DE 30 – 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ, CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLIVAR, VENEZUELA. ABRIL 2013 – ABRIL 2023.
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e-mail	
Salloum Saloum, Dunia Jazmín	ORCID	
	e-mail:	pasc4med@gmail.com
Silva Cova, Paola Andreina	ORCID	
	e-mail:	dunijazsalloum@gmail.com

Palabras o frases claves:

Traumatología
Omalgia
Epidemiología
No Traumática

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Área o Línea de investigación:

Área	Subáreas
Dpto. de Cirugía	Traumatología y Ortopedia
Línea de Investigación:	

Resumen (abstract):

Introducción: El aumento en la incidencia de la omalgia no traumática como motivo de consulta se hace imperativo estudiar y conocer los factores relacionados a su origen. **Objetivo:** caracterizar epidemiológicamente los casos de omalgia no traumática en pacientes de 30 – 60 años atendidos en el Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, Ciudad Bolívar, en el periodo abril 2013 – abril 2023. **Metodología:** observacional, descriptivo, de tipo transversal, bimodal. **Universo:** conformado por 107 pacientes con patologías del miembro superior que hayan acudido a consulta de traumatología del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. **Muestra:** conformada por 34 pacientes de 30 - 60 años con omalgia no traumática que hayan acudido a consulta de traumatología del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. **Resultados:** el sexo femenino predominó con un 76,44%, cuya edad más resaltante se encontró entre los 48 – 53 años. La ocupación predominante fue ama de casa con un 29,41%. La mayoría de los pacientes fueron procedentes de la parroquia La Sabanita con un 26,47%. La comorbilidad encontrada con más frecuencia fue la hipertensión arterial correspondiendo al 24,41%. La afectación unilateral del hombro derecho fue la más frecuente con 73,52%. El tiempo de evolución predominante fue el crónico, con 73,52%. El estudio de imagen empleado predominantemente fue la radiografía con un 94,11%. Las Tendinopatías de la Porción Larga del Bíceps fueron los diagnósticos encontrados con más frecuencia en el estudio, siendo de 31,11%. El diagnóstico con mayor porcentaje de tratamiento farmacológico fue la Bursitis con un 28,88%, mientras que el diagnóstico con mayor porcentaje de tratamiento farmacológico aunado a fisioterapia fue la tendinopatía de la porción larga del bíceps braquial con un 22,22% **Conclusión:** Mujeres entre los 48 – 53 años, amas de casa, procedentes de la sabanita, con afectación unilateral a predominio derecho y dolor de evolución crónica fueron los datos más reportados. En su mayoría evaluados mediante radiografías (94,11%) y referidos a fisiatría con tratamiento farmacológico (52,94%). La comorbilidad encontrada con mayor frecuencia fue la hipertensión arterial con 24,41%. Y la tendinopatía de la porción larga del bíceps braquial fue el diagnóstico hallado con más frecuencia con un 31,11%.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código ORCID / e-mail				
	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
Dra. Magdelia Arenas	ORCID				
	e-mail	magle66@gmail.com			
	e-mail				
Dra. Migdalia Salcedo	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	migdaliasalcedo@gmail.com			
	e-mail				
Dra. Maria de Pasos	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	drpassosmaria@gmail.com			
	e-mail				

Fecha de discusión y aprobación:

2024	06	18
Año	Mes	Día

Lenguaje: español

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo
Estudio epidemiológico de casos de omalgia no traumática en px de 30 a 60 años atendidos en el CHURYP. Cdad Bol Edo Bol Vzla. Abril 2013 a Abril 2023.

Alcance:

Espacial:

Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Venezuela

Temporal:

Abril 2013 a Abril 2023

Título o Grado asociado con el trabajo:

Médico Cirujano

Nivel Asociado con el Trabajo:

Pregrado

Área de Estudio:

Dpto. de Medicina

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU N° 0975

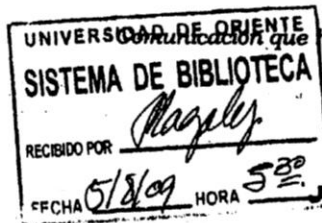
Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

[Signature]
JUAN A. BOLAÑOS CUNVELO
Secretario



C.C.: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 6/6

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)
“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario” para su autorización.

AUTOR(ES)



Br.DUNIA JAZMIN SALLOUM SALOUM
C.I.27115952
AUTOR



Br.PAOLA ANDREINA SILVA COVA
C.I.27010132
AUTOR

JURADOS



TUTOR: Prof. MAGDELIA ARENAS
C.I.N. 8919574

EMAIL: magdelias@gmail.com



JURADO Prof. MIGDALIA SALCEDO
C.I.N. 11377324

EMAIL: migdaliasalcedo@gmail.com



JURADO Prof. MARIA DE PASOS
C.I.N. 15637855

EMAIL: depasosmariala@gmail.com



P. COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS
Avenida José Méndez c/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar- Venezuela.
EMAIL: trabajodegradoudosaludbolivar@gmail.com