



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

ACTA

TG-2024-02-10

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. MIGDALIA SALCEDO Prof. MAGDELIA ARENAS y, Prof. CARLOTA ACOSTA, Reunidos en: Salón del Servicio de Traumatología

a la hora: 3:00 pm

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

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PATOLOGÍAS DEGENERATIVAS CERVICALES. CONSULTA EXTERNA DE CIRUGÍA DE COLUMNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2014 - ENERO 2024.

Del Bachiller MELQUIADES CHUECOS LALESHKA KAROLINA C.I.: 25266331, 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	☒
-----------	----------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 05 días del mes de Abril de 2024

Prof. MIGDALIA SALCEDO
Miembro Tutor

Prof. MAGDELIA ARENAS
Miembro Principal

Prof. CARLOTA ACOSTA
Miembro Principal

Prof. IVÁN AMATA RODRIGUEZ
Coordinador comisión Trabajos 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.
Teléfono (0285) 6324976



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

ACTA

TG-2024-02-10

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. MIGDALIA SALCEDO Prof. MAGDELIA ARENAS y Prof. CARLOTA ACOSTA, Reunidos en: Salón del Servicio de Trauma

a la hora: 3:00 pm

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

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PATOLOGÍAS DEGENERATIVAS CERVICALES. CONSULTA EXTERNA DE CIRUGÍA DE COLUMNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2014 - ENERO 2024.

Del Bachiller SALAS ROBLES GREIZUSMAR GABRIELA C.I.: 25277287, 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	☒
-----------	----------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 05 días del mes de Abril de 2024.

Prof. MIGDALIA SALCEDO
Miembro Futor

Prof. MAGDELIA ARENAS
Miembro Principal

Prof. CARLOTA ACOSTA
Miembro Principal

Prof. IVÁN AMATA RODRIGUEZ
Coordinador comisión Trabajos 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.
Teléfono (0285) 6324976



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

**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PATOLOGÍAS
DEGENERATIVAS CERVICALES. CONSULTA EXTERNA DE CIRUGÍA
DE COLUMNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y
PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2014 – 2024.**

Tutora:

Dra. Migdalia Salcedo

Trabajo de Grado presentado por:

Br. Melquiades Chuecos Laleshka Karolina

C.I. 25.266.331

Br. Salas Robles Greizusmar Gabriela

C.I. 25.277.287

Como requisito parcial para optar por el título de Médico Cirujano.

Ciudad Bolívar, marzo de 2024.

ÍNDICE

ÍNDICE	iv
RESUMEN	vi
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	17
OBJETIVOS	18
Objetivo general	18
Objetivos específicos	18
METODOLOGÍA	19
Tipo de estudio	19
Universo	19
Muestra	19
Criterios de inclusión	19
Criterios de exclusión	20
Procedimientos	20
Análisis estadístico	20
RESULTADOS	21
Tabla 1	23
Tabla 2	24
Tabla 3	25
Tabla 4	26
Tabla 5	27
Tabla 6	28
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	33
RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

APÉNDICES	44
Apéndice A	45
Apéndice B	46

**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PATOLOGÍAS
DEGENERATIVAS CERVICALES. CONSULTA EXTERNA DE CIRUGÍA
DE COLUMNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y
PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2014 - 2024.**

Br. Melquiades, L. y Salas, G.

RESUMEN

Debido al aumento en la expectativa de vida de la población, las enfermedades degenerativas cervicales son cada vez más frecuentes en pacientes geriátricos, como producto del envejecimiento articular. Objetivo: Caracterizar la frecuencia de los pacientes con patologías degenerativas cervicales atendidos en la consulta externa de cirugía de columna del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de enero de 2014 a enero 2024. Metodología: Estudio descriptivo, prospectivo, analítico, de corte transversal, no experimental. La muestra estuvo constituida por 284 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados: Se encontró que 72,5% (n=206) fueron de sexo femenino; 35,9% (n=102) tenía entre 40-49 años de edad. La ocupación más frecuente fue ama de casa con 42,3% (n=120). Los síntomas más frecuentes fueron cervicalgia, cefalea y dolor en miembros superiores en 100,0% (n=284); 84,5% (n=240) y 64,1% (n=182), respectivamente. Las patologías degenerativas cervicales predominantes fueron cervicoartrosis y cervicobraquialgia unilateral en 83,8% (n=238) y 13,8% (n=39), respectivamente. Se realizaron estudios imagenológicos en 84,5% (n=240) de los casos, siendo la radiografía, la más frecuente en 98,3% (n=236). Por último, se emplearon de medidas terapéuticas en 99,1% (n=282) de los pacientes, en las cuales, la medicina física y rehabilitación y el uso de AINES fueron lo más prevalentes en 99,1% (n=282) y 95,4% (n=271) respectivamente. Conclusiones: La cervicoartrosis fue la patología degenerativa cervical más frecuente en pacientes atendidos en la consulta externa de cirugía de columna del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Palabras clave: Patología degenerativa cervical, cervicoartrosis, cervicalgia.

INTRODUCCIÓN

La columna vertebral, es un conjunto formado por elementos rígidos (vertebras) y elementos elásticos (ligamentos), que mantienen unidas las vértebras y a la vez, permiten el movimiento de unas con relación a las otras. La columna vertebral contiene 82 articulaciones, incluyendo discos vertebrales, excluyendo las articulaciones entre costillas y vertebrales, que realizan más de 600 movimientos en cada hora, lo que supone más de 5 millones de movimientos al año (Ruiz et al., 2011).

El raquis cervical, requiere de gran movilidad en diversos planos del movimiento para ubicar los órganos de los sentidos y para proteger los órganos nobles (medula espinal bulbo raquídeo); así mismo, proporciona estabilidad y sostén a una estructura de mucho peso: la cabeza, la cual representa el 10% del peso corporal, entre 5-7kg. Estas responsabilidades antagónicas las cumple con un sistema de deslizamiento múltiple (7 vertebrales articuladas entre sí) y un sistema de riendas musculares complejo (Jiménez et al., 2010).

La vértebra cervical está constituida por un cuerpo vertebral, apófisis transversas, apófisis articulares superiores e inferiores, apófisis unciforme, pedículos vertebrales, agujeros de conjunción, agujero transverso, tubérculos anteriores y posteriores de las apófisis transversas. La diferencia entre el raquis cervical inferior y el superior son sus características anatómicas y biomecánicas: la raquis cervical inferior, va desde la cara inferior del axis hasta la cara superior de la vertebra dorsal 1 (Drake et al., 2007).

Dentro de los ligamentos, se encuentra el anterior, denominado longitudinal anterior, el cual se adapta a la cara anterior de la columna vertebral extendiéndose

desde la base del cráneo hasta la parte superior del sacro y el posterior, el cual se adhiere al borde anterior del foramen magno y a la duramadre craneana, estrechándose hacia abajo en una cinta que se fija en la base del cóccix. Así mismo, sus bordes laterales forman festones cuyos salientes corresponden con los discos intervertebrales, a los que se adhiere. Este ligamento se encuentra muy innervado, por lo que es responsable de dolores cervicales (Ruiz et al., 2011).

En cuanto a las apófisis espinosas, éstas se unen entre si mediante los ligamentos interespinosos. Por delante, éstos se prolongan hasta los ligamentos amarillos y por detrás se confunden con el ligamento supraespinoso. En la región cervical, el ligamento supraespinoso adquiere entidad propia constituyendo el ligamento cervical posterior o nual. Se extiende desde la protuberancia occipital externa hasta la apófisis espinosa de la cervical. Forma un tabique intermuscular medio que se extiende hasta la fascia superficial (Richard et al., 2015).

Entre los puntos de referencia morfológicos a nivel cervical se encuentra el Atlas, el cual se ubica por debajo de la oreja, entre la rama ascendente de la mandíbula y las mastoides. Por su parte, el Axis se encuentra a la altura de las mastoides. En cuanto a C3/C4, se ubican a nivel del ángulo de la mandíbula, luego se encuentra C5/C6 a la altura del mentón y por último C7, que posee la espinosa más prominente que desaparece en la extensión cervical (Richard et al., 2015).

En el plano anterior, se encuentra el músculo recto anterior mayor de la cabeza o largo de la cabeza, el recto anterior menor de la cabeza y el músculo largo del cuello, innervados por el plexo cervical. Su contracción contralateral produce flexión cervical o de la cabeza y unilateralmente se inclinan y rotan la cabeza hacia el mismo lado. En el plano lateral se ubican el músculo recto lateral de la cabeza, el intertransverso anterior intertransverso posterior, el escaleno anterior, escaleno medio y escaleno posterior. Finalmente, el plano posterior se compone de cuatro planos

musculares, el plano profundo que ubica los músculos recto posterior mayor de la cabeza, recto posterior menor de la cabeza, oblicuo mayor u oblicuo inferior de la cabeza, oblicuo menor u oblicuo superior de la cabeza, transverso espinoso y el músculo interespinoso (Ruiz et al., 2011).

Continuamente, en el plano de los complejos se encuentran los músculos complejo mayor o semiespinoso de la cabeza, complejo menor o longísimo de la cabeza y en el mismo plano, situados lateralmente el transverso del cuello o longísimo del cuello y la porción cervical del iliocostal. El siguiente plano muscular se compone del esplenio de la cabeza, esplenio del cuello y el angular del omóplato. En el plano superficial se ubica el trapecio y el esternocleidomastoideo (Richard et al., 2015).

En cuanto a la inervación, el nervio de Luschka, inerva la parte posterior del disco intervertebral, la lámina y cuerpo vertebral posterior, la parte posterior del cuerpo vertebral, la articulación uncovertebral, las arterias del agujero de conjunción y de la médula, por último, a nivel de C1-C2-C3, parte posterior de la de la fosa craneal. La raíz de este nervio es muy sensible a la irritación mecánica por compresión o por tracción del saco dural sobre el sector preganglionico intrameningeo, lo que origina el dolor a nivel cervical (Ullrich et al., 2019).

Naturalmente, cada nervio raquídeo está relacionado con la médula espinal por una raíz anterior y una posterior. El primer nervio cervical sale del conducto vertebral entre el cráneo y la primera vértebra. Todos los nervios cervicales entre CI y CVII salen del conducto vertebral también por encima de sus respectivas vértebras. La raíz C7 sale entre las vértebras CVII y la vértebra dorsal I y como consecuencia, todos los nervios raquídeos restantes salen del conducto vertebral por debajo de sus respectivas vértebras (Ullrich et al., 2019).

El tercer nervio cervical da dos ramas, una anastomosis para la rama posterior de C2. El tercer nervio occipital para el cuero cabelludo. Las dos asas anastomóticas, que unen las ramas posteriores, de los 3 primeros nervios cervicales forman el plexo cervical posterior de Cruvelier. El cuarto nervio cervical inerva la parte superior de los escalenos anterior y medio. También inerva al trapecio y forma parte del nervio frénico. La rama posterior inerva los tegumentos de la nuca. El nervio frénico, es el nervio del diafragma que nace de una raíz principal de la rama anterior de C4 y las dos raíces secundarias nacen de las ramas anteriores de C3 y C5 (Drake et al., 2007).

Para entender la anatomía patológica de las patologías degenerativas cervicales, es necesario conocer que la estructura del disco intervertebral, se localiza entre vertebra y vértebra y su principal función es permitir movimientos de flexo extensión, lateralización y rotación. El Disco intervertebral, consta de un núcleo pulposo cuya misión es soportar la carga y transmitirla al anillo fibroso que lo contiene. Al nacer tiene una cierta vascularización, que se va perdiendo durante la primera década, con características viscoelásticas y con un contenido en agua del 90% que se va perdiendo a medida que la persona envejece (Barrera y García, 2005).

El disco intervertebral cervical va estar sometido a un esfuerzo continuado por la movilidad de la cabeza. Esto lo diferencia del disco intervertebral lumbar, que está sometido a una mayor carga de movimiento. Esta mayor movilidad lleva a un proceso de desgaste o degeneración de la articulación entre las vértebras denominado artrosis vertebral (Richard et al., 2015).

La artrosis vertebral, se da por el uso continuado de estas articulaciones, lo cual determina un desgaste progresivo de las mismas. Dentro de los factores que marcan la evolución del desgaste se encuentra el mecánico, que determina la degeneración articular; asimismo se señalan el componente genético o constitucional del individuo

y la edad, que hace que unos discos se desgasten antes que otros en igualdad de esfuerzo (Drake et al., 2007).

El anillo fibroso encierra el núcleo pulposo dentro de un estuche formado por capas de fibrocartílago, cuyas fibras están cruzadas a manera de las capas de una cebolla, más grueso en su parte anterior que posterior y se une a los platillos cartilaginosos en las zonas periféricas de los cuerpos vertebrales. Los platillos vertebrales son zonas de unión con la vértebra superior e inferior, constituida por cartílago hialino que se dispone entre la cortical-esponjosa vertebral y el núcleo pulposo (Cáceres et al., 2007).

La adquisición de la postura erecta ha requerido la adaptación de la columna cervical, a la transferencia de fuerzas y cargas desde la cabeza y la parte superior del tronco a los segmentos inferiores del raquis y ha posibilitado el desarrollo de una importante movilidad cervical, 127 grados de flexo extensión, 73 grados de inclinación y 142 grados de rotación. En consecuencia, las fuerzas que se generan para mantener la postura durante la carga de pesos y el movimiento son atenuadas y distribuidas mayoritariamente por el disco intervertebral (Cevallos y Gavilanes, 2015).

En decúbito este se encuentra sometido a una presión aproximada de 3kg/cm^3 , incrementándose esta hasta alcanzar los 10kg/cm^3 durante la bipedestación. El núcleo gelatinoso recibe estas cargas axiales, transformándolas en fuerzas horizontales que son absorbidas por el anillo fibroso. Estos cambios adaptativos someten al raquis cervical a un elevado grado de estrés, haciéndolo especialmente susceptible al normal proceso degenerativo, que incide sobre todo en los discos intervertebrales de los segmentos con mayor movilidad, C5-C6 y C6-C7 (Montes et al., 2010).

Por otro lado, los cambios bioquímicos, biomecánicos y degenerativos durante el proceso de envejecimiento natural, afectan los forámenes intervertebrales, por la formación de osteofitos e hiperplasia de los ligamentos. Como complicación puede producirse la ruptura o hernia del disco, lo que trae como consecuencia grados variables de compresión radicular, medular o ambas, a lo cual suele asociarse isquemia secundaria al compromiso de la irrigación radicular y medular (Cevallos y Gavilanes, 2015).

La patología degenerativa de la columna cervical, es un proceso progresivo que afecta a los cuerpos vertebrales y discos, provocando en una primera fase una pérdida de altura del espacio discal, seguido de artrosis en las articulaciones uncovertebrales y facetas articulares y finalmente una alteración de la motilidad cervical. Se pueden distinguir dos tipos de patología según el grado de afectación degenerativa de la columna cervical: radiculopatía cervical y mielopatía cervical (García, 2011).

Dentro de las patologías degenerativas cervicales, en primer lugar se describe la espondilosis cervical, la cual es frecuente, y, en ocasiones incapacitante, presentándose en gran parte de la población adulta como consecuencia de su envejecimiento, que afecta las articulaciones de las vértebras cervicales y comienza en los discos intervertebrales, extendiéndose posteriormente a las partes más móviles de las vértebras cervicales inferiores, estrecha el conducto raquídeo y los agujeros intervertebrales y lesiona progresivamente la médula espinal, las raíces o ambas, provocando lesiones altamente incapacitantes en los pacientes (De Palma et al., 2006).

Desde el punto de vista epidemiológico, en Europa, la edad media de la población en 2018 era de 40,6 años en hombres y de 39,6 años en mujeres, por lo que los procesos degenerativos cada vez tienen mayor impacto en la sociedad. Se estima que esta patología sea la enfermedad espinal más común, y se espera un aumento de

su incidencia paralelo al envejecimiento de la población del mundo desarrollado (Huenchuan, 2018).

En cuanto a la incidencia por sexo, los hombres son los más afectados de discopatía degenerativa de columna cervical entre tercera y la quinta década de la vida, mientras que a partir de la sexta década de la vida la situación se invierte siendo las mujeres quienes presentan más casos de esta patología. En relación a esto, un estudio realizado a nivel nacional, Barquisimeto, Estado Lara, en una serie de 100 pacientes, el promedio de edad de los pacientes que presentaron algias de columna vertebral crónicas fue de 48.24 ± 7.07 años. Además, el 89% eran del sexo femenino (García y Figueredo, 2021).

La artrosis es la causa más frecuente de espondilosis cervical. Con frecuencia los primeros síntomas son inestabilidad, dolor, pérdida o reducción de la flexibilidad en el cuello. A veces la espondilosis cervical, provoca un estrechamiento del espacio que necesita la médula espinal y las raíces nerviosas que pasan por la columna vertebral hacia el resto del cuerpo y si la médula espinal o las raíces nerviosas se comprimen, podrían experimentar hormigueo, entumecimiento y debilidad en los brazos y las manos. Suele afectar a personas de mediana edad y mayores y es la causa más frecuente de disfunción de la medula espinal en las personas mayores de 55 años (Arenas, 2019).

Para realizar el diagnóstico es posible que el médico comience con un examen físico que incluya, verificar el rango de movilidad del cuello. Analizar los reflejos y fuerza muscular para determinar, si hay presión sobre los nervios de la columna o la médula espinal y determinar si la compresión afectó algún movimiento (Ruiz et al., 2011).

La radiografía del cuello puede mostrar anomalías, como los espolones óseos, que indican la presencia de espondilosis cervical. También descartan causas menos frecuentes y más graves del dolor y la rigidez del cuello, como tumores, infecciones o fracturas. La exploración por tomografía computarizada puede proporcionar un diagnóstico por imágenes más detallado. La resonancia magnética puede ayudar a delimitar las áreas en las cuales puede existir pinzamiento de los nervios. La mielografía consiste en inyectar un tinte trazador en el conducto vertebral para proporcionar un diagnóstico por imágenes de radiografía o tomografía computarizada más detallado (Ramírez et al., 2010).

Se utiliza como tratamiento el ejercicio regular y mantener la actividad ayudará a acelerar la recuperación, incluso si tiene que modificar algunos de los ejercicios de manera temporal debido al dolor cervical. El uso de Antiinflamatorios No Esteroides (AINES) como ibuprofeno (Advil, Motrin, otros), naproxeno sódico (Aleve) o el paracetamol (Tíllenlo) muchas veces son suficientes para controlar el dolor relacionado con la espondilosis cervical. Así mismo, los relajantes musculares como la ciclobenzaprina pueden ayudar a aliviar los espasmos del cuello. Algunos medicamentos para tratar la epilepsia como la gabapentina (Neurontin, Horizant) y la pregabalina (Lyrica) pueden disminuir la intensidad del dolor. También, algunos antidepresivos pueden aliviar el dolor de cuello causado por la espondilosis cervical (Ruiz et al., 2011).

La aplicación de calor o de frío puede aliviar el dolor en los músculos de la zona. El uso de dispositivo de inmovilización blando del cuello permite que los músculos del cuello descansen. Sin embargo, un dispositivo de inmovilización para el cuello debería usarse solo durante cortos periodos porque con el tiempo puede debilitar los músculos de la zona. Si el tratamiento tradicional no funciona o si los signos y síntomas neurológicos, como debilidad en los brazos o las piernas empeoran, podría requerirse una cirugía para crear más espacio para la médula espinal y las

raíces nerviosas. La cirugía podría implicar extirpar un disco herniado o espolones óseos, extirpar parte de una vértebra o fusionar un segmento del cuello mediante injerto óseo o (Sandoya y Chang, 2017; Arenas, 2019).

En el caso de la espondiloartrosis cervical, se describe como una patología degenerativa caracterizada por un proceso de deterioro del cartílago, con reacción proliferativa del hueso subcondral e inflamación de la membrana sinovial. Se produce cuando se lesiona o degenera el cartílago de las articulaciones de la columna cervical. La artrosis vertebral, es muy frecuente, de hecho, existen alteraciones en la columna cervical en un 80% de las personas mayores de 55 años. Hay signos de espondilosis (osteofitos marginales en los cuerpos vertebrales) radiológicos en 90% de las personas mayores de 70 años; además es la principal causa de baja laboral y una de las primeras causas de demanda sanitaria en países desarrollados (Skünke et al., 2010).

A nivel cervical, existe disociación clínico radiológica y es generalizada la presencia de esclerosis y osteofitosis radiográfica en las articulaciones uncovertebrales (uncoartrosis). La clínica puede ser variable, es más frecuente en mujeres a partir de los 50 años y va desde un paciente con un simple chasquido hasta verdaderos compromisos radicular. La clínica no radicular se manifiesta con dolor de tipo mecánico, limitación o no de movilidad y a veces irradiación a nuca u hombros; suelen presentar estos pacientes actitud antiálgica (flexión, rotación e inclinación lateral de la cabeza) (Barrera y García, 2005).

El dolor de tipo radicular puede ser uno de los primeros signos de la espondiloartrosis cervical o complicar un antecedente de dolor cervical. Se caracteriza por un dolor muy intenso de carácter radicular. Se puede presentar dolor de cabeza; algunas son de origen cervical, predominancia matutina, uni o bilaterales. Irradiación temporal o frontal, supra y retroorbitaria. Se produce un dolor a la

movilización del raquis con antecedentes recientes o antiguos de radiculopatía sin ningún signo neurológico (Cáceres et al., 2006).

Los síndromes dolorosos del miembro superior están caracterizados por parestesias dolorosas en manos y dedos, epicondialgia, la parestesia se extiende de cuello a mano, es progresivo, unilateral y hay manifestaciones hipoestéticas y motoras en el dermatoma correspondiente. La mielopatía cervical compresiva se asocia a osteofitosis posterior en pacientes con canal medular estrecho o ligamento posterior osificado (Santolo, 2005).

El diagnóstico se realiza colocando al paciente sentado bajo una buena luz. Se observa la postura desde atrás, por delante y de costado, anotándose si existe deformidad ósea, desgaste muscular, asimetría. Se tiene presente el patrón de dolor y se anota la mano dominante. Para evaluar la movilidad y la fuerza se prueban movimientos activos de la columna cervical. Durante el movimiento se anota el comportamiento del dolor, deformidad protectora y patrón del movimiento en los segmentos cervical superior e inferior (Ruiz et al., 2010).

Al realizar la valoración neurológica se efectúan pruebas, se estudian los reflejos de la fuerza muscular isométrica en la distribución de las raíces nerviosas y la sensibilidad en la distribución dermatómica. La sensibilidad se prueba por medio de toques suaves. Cuando es necesario se realiza con pinchazos de alfiler y toques con algodón. La sensibilidad al calor se realiza usando tubos de prueba fríos y calientes (Ruiz y Monfort, 2011). En la valoración de afecciones de la arteria vertebral se utiliza el test de Klein, que consiste en colocar al paciente en posición supina, realizar movimientos de extensión rotación e inclinación homolateral de la cabeza, manteniendo esa posición durante 20-30 segundos. El test se hará rotando la cabeza de un lado a otro para así valorar ambas arterias vertebrales. Lo que se busca es

observar si aparecen signos como mareos, vértigos, náuseas y nistagmos (Skünke et al., 2010).

La palpación de la columna cervical y región de los hombros comienza con la búsqueda de cambios de temperatura y sudoración. Se palpan los tejidos blandos buscando la sensibilidad, espasmo muscular o engrosamiento fibroso. Se considera la alineación de las vértebras antes de efectuar cualquier prueba de movimientos accesorios intervertebrales. Entre los estudios imagenológicos utilizados se encuentran la radiografía del cuello, resonancia magnética y tomografía computarizada (Cáceres et al., 2006).

En cuanto a la discopatía degenerativa cervical, tiene tres períodos a lo largo de la vida. El proceso inicial disminuye la actividad metabólica de las células discales, se produce disminución de la síntesis de macromoléculas del núcleo y alteración de las fibras. En esta fase la pérdida de la turgencia del núcleo abomba el anillo, permite un desplazamiento de las fibras externas que se encuentran presionadas por el núcleo pulposo, que se desplaza durante los movimientos (Trigo et al., 2009).

En el segundo periodo en la fase intermedia entre 20 y 60 años, las fibras se abomban y están sometidas a la presión del núcleo, por lo que comienzan a fisurarse. A través de las fisuras emigran fragmentos del núcleo pulposo (protrusión). Si la fisuración es mayor, el contenido sale fuera y se produce una hernia. En la tercera fase, por encima de los 60 años, el disco se fibrosa, los osteofitos pueden llegar a fusionarse y los segmentos vertebrales pierden movilidad, lo que ocasiona una rigidez confortable de la columna (Trigo et al., 2009).

Se denomina hernia discal a la salida del material del núcleo pulposo a través del anillo fibroso fisurado. Existen dos tipos de hernia discal, hernia discal blanda y dura. La hernia discal blanda se produce por una fisura del anillo en un esfuerzo

brusco como en un traumatismo y a través de esa fisura sale el núcleo pulposo del anillo discal. La hernia discal dura es secundaria a un proceso crónico de degeneración discal. El inicio suele ser una pequeña fisura de las fibras del anillo discal, en algún esfuerzo que rebasa los límites fisiológicos. Se origina pérdida de la presión intradiscal, deshidratación del disco y disminución de la altura del disco (García, 2011). Dentro de los factores de riesgo asociados se encuentran las actividades laborales pesadas, fumadores, sexo masculino y participación de deportes. Sin embargo, se pueden observar hernias de disco cervicales asintomáticas en el 10% de los individuos menores de 40 años y hasta en el 5% de los mayores de 40 años (Ramírez et al., 2010).

Para entender las posibilidades clínicas que pueden presentarse en el proceso de una hernia discal cervical hay que tener en cuenta que el anillo fibroso está muy inervado por terminaciones nerviosas dolorosas. De aquí que su rotura produzca un cuadro de dolor cervical centrado en la línea media del cuello (Ramírez et al., 2010). La compresión de las raíces nerviosas de la médula, a nivel de la columna cervical, se va a producir por un componente óseo (osteofitos) y por el núcleo pulposo hinchado. Esto va a ocasionar un cuadro doloroso más intenso y extenso, que se corre e irradia hacia una de las extremidades superiores, pudiendo llegar incluso a los dedos de la mano (Ramírez et al., 2010).

En los casos descritos o si fracasa el tratamiento inicial está indicado ampliar el estudio con resonancia magnética nuclear que obtiene imágenes multiplanares que delimitan la anatomía vertebral, el líquido cefalorraquídeo, imágenes de compresión medular, radicular o los tejidos blandos. La tomografía axial computarizada con contraste o la TAC- Mielografía, han demostrado una alta correlación con la Resonancia Magnética Nuclear y alta especificidad. Las indicaciones de estudios electrofisiológicos no están consensuadas ya que la sensibilidad y especificidad de dichas pruebas es bajo. Los estudios electromiográficos mostraron solo una

especificidad del 30% en pacientes con radiculopatía, pero sin déficit motor (Sandoya y Chang, 2017).

Las que más investigación han suscitado en la última década son la administración epidural de corticoides, ya sea por vía interlaminar o transforaminar y la radiofrecuencia pulsada del ganglio de la raíz dorsal. Los mediadores de la inflamación (metaloproteinasas, PGE2, IL-6, óxido nítrico) son liberados en las hernias de disco cervicales, lo que justifica el tratamiento antiinflamatorio cuando hay dolor en una hernia cervical. El fracaso del tratamiento conservador, la progresión de la lesión motora o la afectación medular son las indicaciones del tratamiento quirúrgico de las hernias de disco cervicales (Ramírez et al., 2010).

La enfermedad degenerativa discal cervical es frecuente, aunque casi siempre asintomática. Cuando se manifiesta, los síntomas pueden presentarse en forma de dolor cervical axial, de radiculopatía o de mielopatía. El dolor puede deberse a la irritación de las raíces nerviosas, o también puede ser de origen mecánico. El conocimiento de la fisiopatología de dichos procesos permite discernir clínicamente si los síntomas tienen o no un origen cervical (Murillo, 2012).

El dolor de origen mecánico o bioquímico, se origina a partir de los productos de degradación del disco. Por ello, las características metabólicas del disco intervertebral y las demandas mecánicas a la que es sometido son responsables de muchas enfermedades originadas en el segmento vertebral del movimiento. Es así, como un cambio en alguno de estos elementos a menudo afecta a los otros (Cuesta, 2007).

El dolor mecánico, tiene una prevalencia comprendida entre 9.5% y el 35%, con prevalencia a lo largo de la vida del 70%. En el periodo de un año su rango. Según los estudios más recientes, oscila entre el 16.7% y 75.1%, con una media del

37 2% Un número importante de estos pacientes se recupera antes de las seis semanas. En cuanto a las causas, la radiculopatía por compresión de la raíz nerviosa en la espondiloartrosis (70%-75%) o por hernia discal (20-25%) es una de las más comunes. La causa más común de compresión cervical es debida al estrechamiento del foramen intervertebral por cambios artrósicos en articulaciones uncovertebrales anteriores o en las cigoapofisarias posteriores, es frecuente que afecte a múltiples niveles simultáneamente, con un considerable impacto en el estado de salud general (Mayans et al., 2020).

Las algias cervicales se manifiestan de forma aguda o crónica. Cuando las algias son agudas se definen como torticollis que es un dolor muy intenso con bloqueo cervical, importante contractura y desviación antiálgica. Aparece después de un esfuerzo o cuando se ha mantenido una mala postura durante largo tiempo. Enmascara el curso de un dolor crónico y precede a una radiculopatía. Cuando es crónica se caracteriza por dolores del cuello y de la nuca que comienzan progresiva, espontáneamente o después de un esfuerzo. Son permanentes, intermitentes, de intensidad moderada, apareciendo con el desentumecimiento o con ciertos movimientos (Mayans et al., 2020).

En un trabajo de investigación, realizado por Saavedra (2012), con un tamaño muestral de 243 pacientes, se demostró que el dolor cervical representa para cualquier país, un importante problema de salud. Además, señala que aproximadamente 54% de los individuos experimentan dolor cervical en algún momento de su vida. En países como México y Cuba, las patologías cervicales constituyen la discapacidad musculoesquelética con mayor prevalencia en los servicios de rehabilitación. De acuerdo a su evolución clínica, casi en el 85% de los pacientes, el dolor desaparece dentro de las primeras seis semanas (dolor agudo), en el 10% persiste más de seis semanas (dolor sub agudo) y en el 5% restante se cronifica (dolor crónico) más de doce semanas (Lorenzo, 2011; García, 2006).

Existen pocos estudios poblacionales referentes a la prevalencia del dolor cervical. Sin embargo, un estudio de la población de Saskatchewan por Cáceres et al. (2006), demostró que el dolor cervical es más frecuente de lo que se pensaba, representando 66% en los adultos en su población. Otros autores como Lees y Turner, (2005), encontraron que, en pacientes con espondilosis cervical, 51% pacientes presentó dolor cervical y también en hombros. Sin embargo, tras meses de tratamiento un buen porcentaje de ellos refirió mejoría. En otro estudio realizado por Gore et al. (2006), en pacientes con patología degenerativa cervical, los síntomas mielopáticos no aparecieron durante 19 años de seguimiento posterior a tratamiento conservador.

El coste asociado a tratamiento de fisioterapia, farmacológico, ausencias en el trabajo, indemnizaciones; en el paciente con dolor cervical es muy elevado, estando en segundo lugar el dolor lumbar, en gastos de compensación a los trabajadores en EEUU. En España las derivaciones al servicio de fisioterapia por dolor cervical, ocupan el 10% de todas las demandas sanitarias. Sin embargo, en países como Canadá este porcentaje se eleva al 30% y al 15% en Gran Bretaña (Neira y Sarmiento, 2013).

Debido a su elevada morbilidad, las patologías de cuello son estudiadas a nivel internacional, en países tales como Colombia, se han realizado estudios transversales al respecto. Tal es el caso de Barrios et al. (2021), quienes estudiaron el perfil clínico, epidemiológico y descripción de los resultados de la tomografía ósea computarizada en pacientes con dolor de cuello y espalda, encontrando que la mediana para la edad fue de 48 años, correspondiendo 57,1% al sexo masculino. En cuanto al dolor cervical, se presentó en 19,5%, siendo la afectación del cuerpo vertebral la responsable en 36,4% de los casos.

Así mismo, en Perú, Vargas et al. (2023), realizaron otro estudio con el objetivo de determinar las características epidemiológicas, clínicas y del tratamiento en la patología cervical alta, encontrando una edad media en los pacientes de 51.16 años. La etiología de la patología cervical alta más frecuente fue la traumática con el 35,48% y el déficit motor se presentó en 51,61%. El tratamiento más frecuente fue la fijación cervical alta con 43,89% y la tasa de complicaciones fue de 16,13% con una mortalidad del 0%.

En Bolívar, Venezuela, Rodríguez (2017), realizó un estudio con el objetivo de señalar la frecuencia de los pacientes con patologías degenerativas cervicales en la consulta externa de Cirugía de Columna del Hospital Ruiz y Páez, en una muestra de 96 pacientes. Los resultados mostraron que, 33% presentó discopatía degenerativa cervical, siendo el dolor cervical el síntoma más frecuente, 48,95% diagnosticada por resonancia magnética nuclear.

JUSTIFICACIÓN

Debido al aumento en la expectativa de vida de la población, las enfermedades degenerativas cervicales son cada vez más frecuentes en pacientes geriátricos, como producto del envejecimiento articular, factor importante para el tratamiento de estos pacientes, ya que deben ser evaluados en forma integral si se considera que generalmente cursan con enfermedades concomitantes, ingesta crónica de medicamentos, realizan pocas actividades físicas y poseen una situación social adversa, elementos que hacen imprescindibles para particularizar el tratamiento de cada uno de ellos (Barreras, 2005).

Los cambios degenerativos de la columna cervical están asociados a la mayoría de los casos a la presencia de dolor. Este proceso degenerativo de las estructuras osteoarticulares de la columna es por lo general producto de la edad y en algunas ocasiones a lesiones previas producidas por rotaciones o carga axial importante, así como factores individuales como son el sobrepeso, enfermedades concomitantes, actividades físicas y/o laborales, entre otras (García, 2005).

De acuerdo a la experiencia clínica, las enfermedades degenerativas de la columna vertebral, representan una causa frecuente en la consulta externa de Cirugía de Columna del Servicio de Traumatología y Ortopedia. Debido a esto el propósito de este trabajo es contribuir al personal de salud con herramientas para el diagnóstico precoz de la patología cervical y con los conocimientos acerca de cómo manejar de manera conservadora las patologías degenerativas de columna cervical. El estudio proporcionará además nueva información con relación a la frecuencia de las mismas, con el fin de dar las recomendaciones, para que procedimientos más eficientes mejoren a su vez la calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVOS

Objetivo general

Caracterizar las patologías degenerativas cervicales en la consulta externa de cirugía de columna, Servicio de Traumatología y Ortopedia, Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, enero de 2014 - 2024.

Objetivos específicos

1. Discriminar los pacientes con patologías degenerativas de la columna cervical según edad y sexo.
2. Clasificar los pacientes con patologías degenerativas de la columna cervical según la ocupación.
3. Señalar los síntomas en las patologías degenerativas cervicales.
4. Indicar el tipo de patología degenerativa más frecuente.
5. Precisar los estudios imagenológicos utilizados.
6. Determinar las medidas terapéuticas en las patologías degenerativas.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Este estudio será de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, de campo, no experimental.

Universo

Conformado por todos los pacientes que acudieron a la consulta externa de cirugía de columna del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de enero 2014 - 2024.

Muestra

Conformado por 284 pacientes con patologías degenerativas de columna cervical que acudieron a la consulta externa de cirugía de columna del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de enero 2014 - 2024 y, que cumplieron con los criterios de inclusión estipulados.

Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos y todas las edades.
- Pacientes con diagnóstico de patologías degenerativas de columna cervical.

- Pacientes que hayan acudido a la consulta externa de cirugía de columna del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas incompletas.

Procedimientos

Se elaboró una carta dirigida a la licenciada Nelly Ramírez Guerrero, jefa del Departamento de Registro de Estadísticas en Salud del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, a fin de solicitar la autorización para la realización del trabajo de investigación (Apéndice A). Posteriormente, se procedió a la selección de las historias clínicas, que cumplan con los criterios de inclusión. Por último, se realizó el llenado de la hoja de recolección de datos que fueron obtenidos mediante una encuesta con el fin de recoger datos como: edad, sexo, ocupación, síntomas, tipo de patología degenerativa, estudios imagenológicos y medidas terapéuticas. Los datos fueron vaciados en una ficha destinada para tal fin (Apéndice B).

Análisis estadístico

Los resultados fueron presentados mediante tablas de distribución de frecuencias y tablas de contingencia utilizando valores absolutos; realizados con el programa Microsoft Excel® 2010 para la elaboración de la base de datos y el paquete estadístico IBM SPSS Windows versión 23 para el análisis de los mismos. Para comparar variables se empleó la prueba de Chi cuadrado (χ^2) según el caso, con margen de confianza de 95%. Se hizo uso del porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

De una muestra de 284 pacientes con diagnóstico de patología degenerativa cervical; 72,5% (n=206) fueron de sexo femenino y el 27,5% (n=78) restante, de sexo masculino. Se observó que 35,9% (n=102) de los pacientes tenían entre 40-49 años de edad, seguido de aquellos que tuvieron 50-59 años, donde se encontró al 26,8% (n=76) de la muestra. No encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las variables ($p=0,37$) (Tabla 1).

Por otra parte, la ocupación más frecuente fue ama de casa con 42,3% (n=120), seguido de comerciante y docente en 38,4% (n=109) y 4,9% (n=14), respectivamente (Tabla 2).

Los síntomas más frecuentes fueron cervicalgia, cefalea y dolor en miembros superiores en 100,0% (n=284); 84,5% (n=240) y 64,1% (n=182), respectivamente; siendo los menos frecuentes, dolor retroorbitario y disminución de sensibilidad en miembros superiores en 7,7% (n=20) y 14,1% (n=40), respectivamente (Tabla 3).

Las patologías degenerativas cervicales predominantes fueron cervicoartrosis, cervicobraquialgia unilateral y radiculopatía cervical en 83,8% (n=238); 13,8% (n=39) y 6,0% (n=17), respectivamente; siendo los menos frecuentes la estenosis cervical y espondilosis cervical en 0,4% (n=1), para cada caso, espondilolistesis en 0,7% (n=2) y cervicobraquialgia bilateral en 1,1% (n=3) (Tabla 4).

Se realizaron estudios imagenológicos en 84,5% (n=240) de los casos, frente al 15,5% (n=44) que no se los realizó. Dentro de estos estudios se encontró la radiografía en 98,3% (n=236), seguido de tomografía axial computarizada con 1,67% (n=4) (Tabla 5).

Por último, se emplearon medidas terapéuticas en 99,1% (n=282) frente al 0,7% (n=2) en quienes no se realizó. Las medidas más frecuentes fueron la medicina física y rehabilitación en 99,1% (n=282), seguido de AINES en 95,4% (n=271), neuromoduladores en 60,6% (n=172) y miorelajante en 2,11% (n=6) (Tabla 6).

Tabla 1

Patologías degenerativas según edad y sexo. Consulta externa de cirugía de columna. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Enero 2014 - 2024.

Edad (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	n	%	n	%	n	%
<20	2	2,6	2	1,0	4	1,4
20-29	3	3,8	9	4,4	12	4,2
30-39	12	15,4	32	15,5	44	15,5
40-49	27	34,6	75	36,4	102	35,9
50-59	20	25,6	56	27,2	76	26,8
60-69	8	10,3	24	11,7	32	11,3
70-79	6	7,7	8	3,9	14	4,9
Total	78	27,5	206	72,5	284	100,0

Fuente: registros estadísticos de salud.

χ^2 con corrección de Yates = 0,42; gl: 6; Test de Fisher: p : 0,37 (NS)

Tabla 2

Patologías degenerativas según la ocupación. Consulta externa de cirugía de columna. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Enero 2014 - 2024.

Ocupación	n	%
Ama de casa	120	42,3
Comerciante	109	38,4
Docente	14	4,9
Obrero	11	3,9
Cajero	5	1,8
Enfermera	5	1,8
Estudiante	5	1,8
Mecánico	5	1,8
Secretaria	4	1,4
Peluquera	3	1,1
Abogado	1	0,4
Albañil	1	0,4
Carpintero	1	0,4
Total	284	100

Fuente: registros estadísticos de salud.

Tabla 3

Patologías degenerativas según síntomas presentados. Consulta externa de cirugía de columna. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero 2014 - 2024.

Síntomas	n	%
Cervicalgia	284	100,0
Cefalea	240	84,5
Dolor en miembros superiores	182	64,1
Parestesias en miembros superiores	172	60,6
Espasmos musculares	162	57,0
Paresias en miembros superiores	126	44,4
Mareos	76	26,8
Disminución de la sensibilidad en miembros superiores	40	14,1
Dolor retroorbitario	20	7,0

Fuente: registros estadísticos de salud.

Tabla 4

Patologías degenerativas según tipo de patología más frecuente. Consulta externa de cirugía de columna. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero 2014 - 2024.

Tipo	n	%
Cervicoartrosis	238	83,8
Cervicobraquialgia unilateral	39	13,8
Radiculopatía cervical	17	6,0
Discopatía degenerativa cervical	5	1,8
Cervicobraquialgia bilateral	3	1,1
Espondilolistesis	2	0,7
Espondilosis cervical	1	0,4
Estenosis cervical	1	0,4

Fuente: registros estadísticos de salud.

Tabla 5

Patologías degenerativas según estudios imagenológicos utilizados. Consulta externa de cirugía de columna. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero 2014 - 2024.

Estudios imagenológicos	n	%
Realización de estudios		
Si	240	84,5
No	44	15,5
Tipo de estudio		
Radiografía	236	98,3
Tomografía axial computarizada	4	1,67

Fuente: registros estadísticos de salud.

Tabla 6

Patologías degenerativas según medidas terapéuticas. Consulta externa de cirugía de columna. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero 2014 - 2024.

Medidas terapéuticas	n	%
Realización de medidas terapéuticas		
Si	282	99,1
No	2	0,7
Tipo de medida terapéutica		
Medicina física y rehabilitación	282	99,1
AINES	271	95,4
Neuromodulador	172	60,6
Miorelajante	6	2,11

Fuente: registros estadísticos de salud

DISCUSIÓN

La cervicalgia, se presenta en cuatro de cada cinco adultos durante su vida laboral, siendo el resultado de sobrecarga muscular o lesión nerviosa de las raíces que salen de la médula espinal a este nivel. El dolor cervical, es una queja común tanto en la población general como en la población trabajadora, debido en su mayoría a lesiones y discapacidad musculo esquelética. sin embargo, la enfermedad degenerativa del disco cervical también representa una de las principales causas de cervicalgia, especialmente en sujetos de avanzada edad. Aunque la mayoría de los episodios de cervicalgia se resuelven espontáneamente, más de un tercio de las personas afectadas tienen síntomas de bajo grado o recurrencias más de un año después (Aguilar, 2020; Wang et al., 2019).

En el presente estudio, la mayoría de los pacientes fueron de sexo femenino. Resultados similares a los reportados por Prendes et al. (2017) en Cuba, Aguilar (2020) y Reyes (2020) en Nicaragua y Vargas et al. (2023) Perú, quienes determinaron que el sexo femenino fue más frecuente en 56,8%; 79,7%; 55% y 58,06%; respectivamente. asimismo, en el estudio realizado por Wang et al. (2019), señalaron que los cambios degenerativos de la columna cervical tuvieron mayor frecuencia en mujeres que en hombres; donde, además, las mujeres tendían a tener grados de degeneración más severos. Por el contrario, en Cuba, Carbadillo et al. (2020), señalaron que 60% fueron de sexo masculino.

Naturalmente, la degeneración del disco cervical es un fenómeno natural relacionado con la edad. A propósito de esto, Okada et al. 2009, señalaron que la prevalencia de patología degenerativa del disco cervical aumenta con la edad independientemente de la sintomatología del paciente. En este trabajo, los pacientes tuvieron entre 40-49 años de edad, con una media de 50,46 años, siendo esto similar a

Vargas et al. (2023), quien estableció una media de edad de 50,16 años. De igual manera, Reyes (2020), estableció que el grupo etario más frecuente fue el de 41 a 50 años (35%), seguido por el de 50 a 59 años (30%).

Carbadillo et al. (2020), en un estudio de caracterización de pacientes con mielopatía espondilótica cervical intervenidos por disectomía anterior, precisaron que 45,71% tenían entre 45 y 60 años. Prendes et al. (2017), en un estudio comportamiento de la cervicalgia, en el sexo masculino, el grupo de edades más frecuente fue el de 65 y más años (60%), mientras que en el sexo femenino predominaron grupos de edades de 45-64 años (70,4%) y, Aguilar (2020), en un estudio de respuesta clínica en la aplicación de terapias alternativas en los pacientes con cervicalgia, encontraron mayor porcentaje en los pacientes de 51 a 60 años con un 42,4%. En cambio, Wang et al. (2019), encontraron que a una edad avanzada (>81 años), se asoció con una mayor prevalencia de hallazgos degenerativos o una mayor gravedad de los hallazgos degenerativos cervicales.

Según Macedo y Battié (2019), en una revisión sobre asociación entre la carga ocupacional y la degeneración de la columna, encontraron que existió evidencia de grado moderado de una asociación entre la carga ocupacional y la degeneración del disco en términos de intensidad. Afianzando la sospecha de que las actividades de carga física ocupacional intensa aumentan la degeneración de la columna. En ese sentido, en este trabajo, la ocupación más frecuente fue ama de casa. Siendo esto concordante con Aguilar (2020), quien estableció un predominio de la ocupación ama de casa (39%), seguido de secretaria y comerciante.

Los síntomas más frecuentes fueron cervicalgia, cefalea y dolor en miembros superiores. Hallazgos que coinciden con la mayoría de reportes en la literatura donde se establece que el dolor es el principal síntoma manifestado por los pacientes, como bien lo establece Prendes et al. (2017), donde el dolor cervical ocupó el 58,5%. Según

Aguilar (2020) 69,5% presentó dolor; 20,3% dolor y parestesia; 6,8% dolor y limitación funcional y 3,4% presentaron dolor y contractura muscular. Para Carbadillo et al. (2020) 65,71% presentó hiperreflexia; 54,29% dolor cervical; 52,86% parestesias; 51,43% dolor en miembros superiores; 48,71% hipertonia; 45,71% signo de Hoffman y 22,8% parestesia en manos. En cambio, Vargas et al. (2023) precisaron que 51,61% tuvo déficit motor y 54,84% déficit sensitivo.

Las patologías degenerativas cervicales predominantes fueron cervicoartrosis, cervicobraquialgia unilateral y radiculopatía cervical. En concordancia con Prendes et al. (2017), quienes encontraron que las enfermedades referidas predominantemente por los pacientes y asociadas al dolor cervical fueron: artrosis, sacrolumbalgia, escoliosis, migraña y osteoporosis. Por el contrario, de acuerdo al estudio realizado en China por Wang et al. (2019), la estenosis del canal espinal, el estrechamiento del espacio discal y el abultamiento/protrusión del disco son las causas más comunes de patología degenerativa a nivel de C3/4, C4/5 y C5/6, tanto en hombres como en mujeres, siendo estos resultados diferentes a los hallados en el presente estudio. Por su parte, Aguilar (2020) reportó que el principal hallazgo etiológico se evidencio en la cervicalgia asociada a trauma con 35,1%, seguido de 23,7% radiculopatía; 20,3% artritis reumatoide; 16,9% hernia discal y 3,4% espondiloartrosis. A su vez, los resultados del presente estudio contrastan con lo encontrado por Rodríguez (2017), en un estudio realizado en el estado Bolívar, donde la patología degenerativa más frecuente fue la discopatía degenerativa cervical.

Se realizaron estudios imagenológicos en un gran porcentaje de los casos, siendo la radiografía, la más frecuente. Similar a Aguilar (2020), donde en 45,8% de los pacientes su diagnóstico fue clínico + radiológico. En cambio, de acuerdo a Ulbrich et al. (2014), la resonancia magnética es el estándar de oro para los pacientes cuando consideran la degeneración de la columna cervical como un diagnóstico potencial, ya que los ligamentos, los discos y las estructuras neurales son visibles, por

lo que, Reyes (2020), evidenció que, en pacientes con resonancia magnética, en 100% se encontró herniación, 85% lordosis y 60% fisura anular.

A propósito de esto, es importante señalar que, si bien muchos pacientes pueden tener un diagnóstico sencillo con una historia clínica y un examen físico completos acompañados de modalidades de imágenes confirmatorias, hay un subconjunto significativo de pacientes que tienen dolor sin experimentar hallazgos neurológicos y cuyas imágenes pueden no correlacionarse fácilmente con la clínica.

Según Fakhoury y Dowling (2023), el tratamiento de la enfermedad degenerativa cervical se centra en disminuir el dolor, mejorar la función, minimizar la recurrencia y la duración de los síntomas, iniciando generalmente con cuidados no quirúrgicos, que pueden conducir a una intervención quirúrgica.

En ese sentido, en este trabajo, se determinó la administración de medidas terapéuticas en casi todos los pacientes, siendo la medicina física y rehabilitación y el uso de AINES predominantes en casi todos los casos. Similar a esto, un estudio realizado por Rodríguez (2017) encontró que la medida terapéutica más utilizada en pacientes con patologías degenerativas cervicales fue el uso de AINES, seguido de la medicina física y rehabilitación. Por otro lado, Aguilar (2020), estableció que a 66,1% se le aplicó moxibustión como medida terapéutica, seguido de 49,2% que recibió cupping y 83,1% terapias combinadas y, según Vargas et al. (2023), en 100% la resolución fue quirúrgica y el tipo de cirugía fue la fijación cervical alta en 81,82%, seguido del tornillo transodontoides (18,18%).

CONCLUSIONES

- La mayoría de los pacientes fueron de sexo femenino, 35,9% de entre 40-49 años de edad.
- La ocupación más frecuente fue ama de casa con 39%.
- Los síntomas más frecuentes fueron cervicalgia en 100% de los pacientes, seguido de cefalea con 84,5% y dolor en miembros superiores 64,1%.
- Las patologías degenerativas cervicales predominantes fueron cervicoartrosis con 83,8%, seguido de cervicobraquialgia unilateral con 13,8%.
- Se realizaron estudios imagenológicos en 84,5% de los casos, siendo la radiografía, la más frecuente con 98,3%
- Se emplearon medidas terapéuticas en 99,1% de los pacientes, en las cuales la medicina física y rehabilitación y el uso de AINES fueron lo más prevalentes con 99,1% y 95,4% respectivamente.

RECOMENDACIONES

- Educar a la población acerca de la salud cervical/esquelética y los factores de riesgo de enfermedades degenerativas.
- Fomentar la elaboración e implementación de normativas y protocolos de atención respecto a la cervicalgia como principal síntoma de patología degenerativa.
- Realizar pruebas de imagen y electrofisiológicas a todo paciente con sospecha de patología cervical degenerativa.
- Instar al seguimiento multidisciplinario de pacientes con diagnóstico de enfermedad degenerativa de columna cervical.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, A. 2020. Respuesta clínica en la aplicación de terapias alternativas en los pacientes con cervicalgia seguidos en consulta externa en el Hospital Aldo Chavarría de julio a diciembre 2019. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias Médicas. Managua, Nicaragua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Pp 64. [En línea]. Disponible: <https://repositorio.unan.edu.ni/12834/1/Amy%20Maciel%20Aguilar%20L%C3%B3pez.pdf>. [Enero, 2024].
- Arenas, J. 2019. Enfermedades Degenerativas de Columna. ARS MEDICA Rev. De ciencias médicas. [Serie en línea] 44(1): 612. Disponible: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED>. [Diciembre, 2023].
- Barrera, M. García., M. 2005. Tratamiento de espondiloartrosis y canal lumbar estrecho. Rev Clínica. [Serie en línea] 1(2): 103-106. Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2005/ot052f.pdf>. [Diciembre, 2023].
- Barrios, E., Gallego, E., Uribe, A., Martínez, D., Rodríguez, N. 2021. Perfil clínico, epidemiológico y descripción de los resultados de la Tomografía ósea computarizada con emisión simple de fotones (SPECT) en pacientes con dolor de cuello y espalda. Estudio de cohorte transversal. Rev Col Ort Traumatol. [Serie en línea] 35(3). Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-ortopedia-traumatologia-380-articulo-perfil-clinico->

epidemiologico-descripcion-resultados-S0120884521000730. [Enero, 2024].

Cáceres, E., Rao, R., Rodríguez, C. 2006 Patología degenerativa de columna Cervical. Edit. Médica Panamericana. 1ª ed. España, Madrid. Cap 2:13-16. [En línea]. Disponible: <http://www.medicapanamericana.com>. [Diciembre, 2023].

Carballido, J., Fuentes, S., Salomón, A. 2020. Caracterización de pacientes con mielopatía espondilótica cervical intervenidos por disectomía anterior. Universidad Médica Pinareña. [Serie en línea] 16(3). Disponible: <https://www.redalyc.org/journal/6382/638266621009/html/>. [Enero, 2023].

Cevallos, J., Gavilanes, M. 2015. Espondilosis cervical. El rol de prevención secundaria en la aparición de mielopatía cervical espondilótica. Rev Cub Reumatol. [Serie en línea]. 17 (1):79-84. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000100011. [Diciembre, 2023].

Cuesta, A. 2007. Efectividad de la fisioterapia basada en la evidencia con la carrera acuática sobre la lumbalgia crónica mecánica inespecífica. Tesis doctoral Facultad de Ciencias de la salud. Universidad de Málaga. Málaga, España. pp 15. [En línea]. Disponible: <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/2595>. [Diciembre, 2023].

De Palma., A., Rothman., R., Lewinnek., G. 2006. Anterior interbody fusión for severe cervical disc generación. Surg Ginecol Obstet [Serie en

línea] 134 (2) 755-758. Disponible:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5031486/>. [Diciembre, 2023].

Fakhoury, J., Dowling, T. 2023. Cervical Degenerative Disc Disease. Statpearls. [En línea]. Disponible:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560772/>. [Enero, 2024].

García, M. 2006. Estudio de un programa de escuela de espalda aplicado en un centro de salud. Rev mexicana de med física y rehab. [Serie en línea] 18 (11): 88. Disponible:
https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2006/mf063_4d.pdf. [Diciembre, 2023].

García, B. 2011. Patología degenerativa de la columna cervical. Tratamiento quirúrgico. Dolor. Investigación Clínica & Terapéutica. [Serie en línea] 26(3): 155-160. Disponible:
<https://medes.com/publication/69297>. [Enero, 2024].

García, M., Figueredo, J. 2021. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad degenerativa de disco lumbar. Invest. Medicoquir. [Serie en línea] 13(2). Disponible:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cm-q-2021/cm-q212b.pdf>. [Enero, 2024].

García, R. 2011. Hernia Discal Lumbar. Unidad de Neurocirugía. [En línea]. Disponible: <https://neurorgs.net/informacion-al-paciente/patologia-columna-vertebral/hernia-discal-lumbar/>. [Enero, 2024].

- Gore., D., Sepic, S., Gardner, G. 2006. Neck pain: a long term follow up of 205 patients. *Spine. Surg Ginecol Obstet* [Serie en línea] 12 (2) 1-5. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3576350/>. [Diciembre, 2023].
- Huenchuan, S. 2018. Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. [En línea]. Disponible: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/431e4d95-46d9-4de6-a0a6-d41b1cb7d0b9/content>. [Enero, 2024].
- Jiménez, D., Ruiz, J. 2010. Traumatología del raquis: Cervicalgias y lumbalgias. Tesis de Ascenso. Facultad General Urgencias Hospital Universitario “Virgen de la Victoria Centro de Salud de Alhaurin de la Torre. Málaga. pp 40. [En línea]. Disponible: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/cervilum.pdf>. [Diciembre, 2023].
- Lees. F., Turner., J. 2005. Natural History and prognosis of cervical spondylosis. *Br Med J*. [Serie en línea] 17 (2) 1607-1610. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1873933/>. [Diciembre, 2023].
- Lorenzo, M. 2011. Eficacia de un programa de escuela de espalda. Análisis de factores asociados a actividad laboral de los participantes. *Rev Rehab*. [Serie en línea] 45 (3) 8-10. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3720288>. [Diciembre, 2023].

- Macedo, L., Battié, M. 2019. The association between occupational loading and spine degeneration on imaging – a systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskeletal Disorders volumen. [Serie en línea] 20. Disponible: <https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-019-2835-2>. [Enero, 2024].
- Mayans, J., Pérez, A., Mayans, J., Pérez, F. 2020. Patología degenerativa del raquis cervical. Revisión. Majorensis. [Serie en línea] 16(1). Disponible: https://5e702f96-90b9-4ad2-8dd8-40be94093efe.filesusr.com/ugd/535cc9_c1a29b2597d74e25a280067f0fb40bdc.pdf. [Enero, 2024].
- Murillo, A. 2012. Radiculopatía cervical. Med Leg Cost Rica. [Serie en línea] 29(2). Disponible: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152012000200010. [Enero, 2024].
- Neira, T., Sarmiento, S. 2013. Prevalencia de Discopatías Degenerativas de Columna Cervical diagnosticadas por Resonancia magnética. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias Médicas. Hospital José Carrasco Arteaga. Escuela de Tecnología Médica, Ecuador. Universidad de Cuenca. Pp 56. [En línea]. Disponible: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/5358>. [Diciembre, 2023].
- Okada, E., Matsumoto, M., Ichihara, D., Chiba, K., Toyama, Y., Fujiwara, H, et al. 2009. Aging of the cervical spine in healthy volunteers: a 10-year longitudinal magnetic resonance imaging study. Spine.

[Serie en línea] 01;34(7):706-12. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19333104>. [Enero, 2024].

Prendes, E., García, J., Bravo, T., Martín, J., Pedroso, I. 2017. Comportamiento de la cervicalgia en la población de un consultorio médico. *Rev Mex Med Fis Rehab*. [Serie en línea] 29(1). Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2017/mf171-2b.pdf>. [Enero, 2024].

Ramírez, M., Valencia, A, Montes, A 2010. Hernia de disco cervical *Rev Ortop Traumatol*. [Serie en línea] 54 (5) 314-320. Disponible: <https://medes.com/publication/60877>. [Diciembre, 2023].

Reyes, S. 2020. Correlación de Hallazgos por Resonancia Magnética y Electromiografía en Pacientes con Sospecha Clínica de Radiculopatía Secundaria a Discopatía Cervical, Atendidos en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca entre enero 2019 y enero 2020. Tesis de Postgrado. Managua, Nicaragua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 64. [En línea]. Disponible: <https://repositorio.unan.edu.ni/13912/1/13912.pdf>. [Enero, 2024].

Richard, L. Drake, W. 2015. *Gray Anatomía para estudiantes*. Elsevier. 2: 2-10. [En línea]. Disponible: <https://www.yumpu.com/es/document/view/62246276/gray-anatomia-para-estudiantes-3ed>. [Diciembre, 2023].

Rodríguez, L. 2017. Patologías degenerativas cervicales. Consulta de cirugía de Columna. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”.

Tesis de Grado. Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad de Oriente. Pp 67. (Multígrafo).

Ruiz, A., Monfort, J. 2011. Artrosis: definición y clasificación. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Madrid, Sociedad Española de Reumatología: Edit Panamericana pp 65-71. [En línea]. Disponible:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=821240>.
 [Diciembre, 2023].

Saavedra, M. 2012. Fisioterapia en la cervicalgia crónica. Manipulación vertebral y kinesiotaping. Tesis Doctoral. Facultad Ciencias de la salud. Departamento de Fisioterapia, Universidad de Granada. Granada España. Pp 13-16. [En línea]. Disponible:
<https://digibug.ugr.es/handle/10481/22259>. [Diciembre, 2023].

Sandoya, P., Chang, A. 2017. Cambios degenerativos en la columna vertebral. Rev Ortop Traumatol. [Serie en línea] 54 (5):314-320. Disponible:
<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/osteoarthritis/expert-answers/arthritis/faq-20058457>.
 [Enero, 2024].

Santolo, A. 2005. La mano dormida por compresiones nerviosas. Gac Med Caracas. [Serie en línea] 113(4). Disponible:
https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622005000400005. [Enero, 2024].

Skünke., M., Schulte., E., Schumacher, U., Wesker, K., Prometheus. 2010. Texto y atlas de anatomía. Edit. Médica Panamericana. 2ª Ed. Tomo 3.

Pp 200-600. [En línea]. Disponible:
<https://www.medicapanamericana.com/co/libro/prometheus-texto-y-atlas-de-anatomia-t2-5ed>. [Diciembre, 2023].

Trigo, J., Veizaga, M., Cortez, S., Vargas, A., 2009. Neurocirugía de bajo costo y alto rendimiento para el tratamiento de discopatía cervical degenerativa. *Gaceta Médica Bolivariana*. [Serie en línea] 32(2). Disponible:
<https://www.redalyc.org/pdf/4456/445643803014.pdf>. [Enero, 2024].

Ulbrich, E., Schraner, C., Boesch, C., Hodler, J., Busato, A., Anderson, S., et al. 2014. Normative MR cervical spinal canal dimensions. *Radiology*. [Serie en línea] 271(1):172-82. Disponible:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24475792>. [Enero, 2024].

Ullrich, S. 2019, National Library of Medicine. Espondilosis Cervical. *Rev Medline plus*. [En línea]. Disponible:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000436.htm>. [Diciembre, 2023].

Vargas, J., Martínez, R., Urquiza, J., Basurco, A. 2023. Experiencia en patología cervical alta en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen 2016 – 2021. *Act Med Per*. [Serie en línea] 40(1). Disponible:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172023000100040. [Enero, 2024].

Wang, X., Kwok, T., Griffith, J., Man Yu, B., Leung, J., Wáng, Y. 2019. Prevalence of cervical spine degenerative changes in elderly population and

its weak association with aging, neck pain, and osteoporosis. *Ann Transl Med.* [Serie en línea] 7(18):486. Disponible: <https://atm.amegroups.org/article/view/27820/html>. [Enero, 2024].

APÉNDICES

Apéndice A



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEdia**

Ciudad Bolívar, ____/____/____.

Licda. Nelly Ramírez Guerrero

Coordinadora del Departamento de Registro de Estadísticas en Salud del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Sirva la presente para saludarle a la vez que deseamos solicitarle con el debido respeto, toda la colaboración que pueda brindarnos para la elaboración de la investigación que lleva por título **CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PATOLOGÍAS DEGENERATIVAS CERVICALES. CONSULTA DE CIRUGÍA DE COLUMNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2014 – 2024**. Que será presentada a posteriori como trabajo de grado, siendo un requisito parcial para optar por el título de Médico Cirujano.

En el presente estudio contaremos con la asesoría de la Dra. Migdalia Salcedo. Esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria que nos aproxime a la realización de esta tarea.

Atentamente

Br. Salas Greizusmar

Tesista

Br. Melquiades Laleshka

Tesista

Apéndice B



HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE LAS PATOLOGÍAS DEGENERATIVAS CERVICALES. CONSULTA DE CIRUGÍA DE COLUMNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2014 – 2024	
NOMBRES Y APELLIDOS	
EDAD	
SEXO	
OCUPACIÓN	
SINTOMAS	
TIPO DE PATOLOGÍA	
ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS	
MEDIDAS TERAPEÚTICAS	

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE LAS PATOLOGÍAS DEGENERATIVAS CERVICALES. CONSULTA EXTERNA DE CIRUGÍA DE COLUMNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2014 – 2024.
---------------	---

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CVLAC / E MAIL
Melquiades Chuecos Laleshka Karolina	CVLAC: 25.266.331 E MAIL: laleshkakmc@gmail.com
Salas Robles Greizusmar Gabriela	CVLAC: 25.277.287 E MAIL: greizusmar@gmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Patología Degenerativa Cervical
Cervicoartrosis
Cervicalgia

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA y/o DEPARTAMENTO	SUBÀREA y/o SERVICIO
Dpto. de traumatología y ortopedia	Cirugía

RESUMEN (ABSTRACT):

Debido al aumento en la expectativa de vida de la población, las enfermedades degenerativas cervicales son cada vez más frecuentes en pacientes geriátricos, como producto del envejecimiento articular. **Objetivo:** Caracterizar la frecuencia de los pacientes con patologías degenerativas cervicales atendidos en la consulta externa de cirugía de columna del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de enero de 2014 a enero 2024. **Metodología:** Estudio descriptivo, prospectivo, analítico, de corte transversal, no experimental. La muestra estuvo constituida por 284 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** Se encontró que 72,5% (n=206) fueron de sexo femenino; 35,9% (n=102) tenía entre 40-49 años de edad. La ocupación más frecuente fue ama de casa con 42,3% (n=120). Los síntomas más frecuentes fueron cervicalgia, cefalea y dolor en miembros superiores en 100,0% (n=284); 84,5% (n=240) y 64,1% (n=182), respectivamente. Las patologías degenerativas cervicales predominantes fueron cervicoartrosis y cervicobraquialgia unilateral en 83,8% (n=238) y 13,8% (n=39), respectivamente. Se realizaron estudios imagenológicos en 84,5% (n=240) de los casos, siendo la radiografía, la más frecuente en 98,3% (n=236). Por último, se emplearon de medidas terapéuticas en 99,1% (n=282) de los pacientes, en las cuales, la medicina física y rehabilitación y el uso de AINES fueron lo más prevalentes en 99,1% (n=282) y 95,4% (n=271) respectivamente. **Conclusiones:** La cervicoartrosis fue la patología degenerativa cervical más frecuente en pacientes atendidos en la consulta externa de cirugía de columna del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
Dra. Migdalia Salcedo	CVLAC:	11.377.324			
	E_MAIL	migdaliasalcedo@gmail.com			
	E_MAIL				
Dra. Magdalia Arenas	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:	8.919.574			
	E_MAIL	magle66@gmail.com			
	E_MAIL				
Dra. Carlota Acosta	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:	3.975.199			
	E_MAIL	carlota.acosta@gmail.com			
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				
	CVLAC:				
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2024	04	05
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis caracterización epidemiológica de las patologías degenerativas cervicales Consulta externa de cirugía de columna Complejo Hospitalario Universitario Ruiz Y Páez Ciudad Bolívar Estado Bolívar Enero 2014 2024	. MS.word

ALCANCE

ESPACIAL:

Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz Y Páez”. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar.

TEMPORAL: 10 AÑOS

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico Cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Dpto. de Medicina

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



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.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR *[Firma]*
FECHA 5/8/09 HORA 5:30

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

[Firma]
JUAN A. BOLANOS CUADEL
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

Apartado Correos 094 / Teléf: 4008042 - 4008044 / 8008045 Telefax: 4008043 / Cumaná - Venezuela

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



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

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

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 "

AUTOR(ES)

Br.SALAS ROBLES GREIZUSMAR GABRIELA
C.I.25277287
AUTOR

Br.MELQUIADES
KAROLINA
C.I.25266331
AUTOR

CHUECOS

LALESHK

JURADOS

TUTOR: Prof. MAGDELIA SALCEDO
C.I.N. 11377384

EMAIL: mgdaliasalcedo@gmail.com

JURADO Prof. MAGDELIA ARENAS
C.I.N. 11377384

EMAIL: mgdaliasalcedo@gmail.com

JURADO Prof. CARLOTA ACOSTA
C.I.N. 395749

EMAIL: carlota.acosta@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.
Teléfono (0285) 6324976