



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ESPECIALIDAD DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

**“PREVALENCIA DE LA CERVICALGIA ASOCIADA A MIGRAÑA EN
PACIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA DEL HOSPITAL IV
VICTOR LAZARTE ECHEGARAY – ESSALUD, TRUJILLO 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO TECNÓLOGO
MÉDICO EN EL ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

PRESENTADO POR:

JULIANA YAQUELIN PINILLOS GÓMEZ

ASESOR:

LIC. TM PEDRO RENATO ROJAS VELIZ

TRUJILLO – PERÚ

2018

HOJA DE APROBACIÓN

JULIANA YAQUELIN PINILLOS GÓMEZ

**“PREVALENCIA DE LA CERVICALGIA ASOCIADA A MIGRAÑA EN
PACIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA DEL HOSPITAL IV
VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY – ESSALUD, TRUJILLO 2017”**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de
Licenciado en Tecnología Médica en el área de Terapia Física y
Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas.

TRUJILLO – PERÚ

2018

Dedicó este Trabajo a:

A mí madre querida, mi mejor amiga, mi cómplice por su amor, confianza, dedicación, cariño, enseñanzas, fortaleza y apoyo constante que siempre me brinda.

Mi padre por su apoyo, consejos y aliento durante todo este tiempo

Mi abuelito por haber sido un gran hombre ejemplo a seguir, a quien le debo mucho por sus enseñanzas, el cariño que profeso, seguirás siempre con nosotros; que Dios lo guarde en su gloria. Mi abuelita por ser una gran pieza fundamental, siempre apoyándome y alentándome.

A Dios y la virgen del Carmen por darme las bendiciones del día a día y por las buenas personas que pone en mi camino.

A mis futuros colegas y profesores que fueron de apoyo en la universidad con cada momento inolvidable vivido juntos.

Se Agradece por su Contribución para el Desarrollo de esta Tesis a:

Agradecer a mi tutor al LIC. PEDRO RENATO ROJAS VELIZ, por sus consejos, ayuda constante, paciencia y por su guía. Ha sido un privilegio contar con su experiencia y profesionalismo en la realización del presente trabajo.

Agradecer a la UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, que ha sido una fuente de conocimientos durante los cinco años de mi carrera profesional, asimismo a cada uno de mis docentes que fueron mis formadores con esa entrega y dedicación que ponen a cada paciente me enseñaron a amar la carrera que elegí, mi más sincero agradecimiento y valoración a sus esfuerzos y dedicación.

Agradecer también al HOSPITAL IV VICTOR LAZARTE ECHEGARAY, por brindarme la oportunidad de poder realizar este trabajo de Tesis y así poder comprobar la importancia que fue realizar esta investigación y pueda ser de utilidad a la comunidad.

RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue determinar la frecuencia que existe en la prevalencia de la cervicalgia asociada a la migraña, igualmente el nivel de cefalea y el grado de rigidez que presentan con mayor prevalencia relacionada a la migraña en dichos pacientes de la Unidad De Medicina Física Del Hospital IV Víctor Lazarte Echeagaray – Es Salud.

La presente investigación es de tipo descriptivo de corte transversal, con diseño no experimental. La investigación es cuantitativa porque nos permite asignar un valor numérico a la variable de trabajo, de nivel aplicativo, ya que a través de la investigación se proporcionará información que permitirá direccionar las participaciones a una instrucción para la prevención de la Cefalea asociada a la migraña. La recolección de datos se ejecutó en un solo tiempo. La población de estudio fue de 25 pacientes que presentaron antecedentes de cervicalgia, cefalea y migraña; con síntomas referentes a la investigación, en las edades de 20 a 50 años, de ambos sexos y que pertenecieron a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación. Se emplearon diversos instrumentos de medición en la investigación.

Los resultados obtenidos para concluir la investigación fueron que el promedio de la edad es de 38 años con mayor frecuencia en mujeres al 64% (16 pacientes), indicando el 40% (10 pacientes) con Dolor Intenso según la Escala visual análoga (EVA), el 32% (8 pacientes) indican un Impacto de Invalidez Moderado según la Evaluación De La Migraña O Migraine Disability/ Assessment Score (MIDAS) y con el 52% (13 pacientes) presentado un Impacto Importante según la Escala de Impacto del dolor de cabeza (HIT – 6). Se realizaron tablas cruzadas para ver la frecuencia de la prevalencia de la cervicalgia con la migraña entre E.V.A. - MIDAS, muestra que el Impacto de Invalidez Severo con la Escala del dolor Severo que registra con 5 pacientes, la frecuencia de los niveles de cefalea asociada a la migraña entre el HIT/ 6 – MIDAS 06 pacientes entre el Impacto de Invalidez severo y moderado con un Impacto Importante; según la frecuencia en el grado de rigidez articular con EVA y el test goniométrico presentando un rango articular malo y regular ambos con 07 pacientes en el resultado con dolor intenso y severo en el Hospital IV Víctor Lazarte Echeagaray – Es Salud.

PALABRAS CLAVES: Cefalea, migraña, cervicalgia, impacto del dolor e impacto de invalidez.

ABSTRAC

The purpose of the present investigation was to determine the frequency that exists in the prevalence of Cervicalgia associated with Migraine, as well as the level of headache and the degree of stiffness that present with higher prevalence related to migraine in said patients of the Medicine Unit. Physics of the Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray - Es Salud.

The present investigation is of descriptive type of cross section, with non experimental design. The research is quantitative because it allows us to assign a numerical value to the work variable, at the application level, since research will provide information that will direct the participations to an instruction for the prevention of headache associated with migraine. The data collection was executed in a single time. The study population was 25 patients who presented a history of cervicalgia, headache and migraine; with symptoms referring to the investigation, in the ages of 20 to 50 years, of both sexes and that belonged to the Unit of Physical Medicine and Rehabilitation. Various measurement instruments were used in the investigation.

The results obtained to conclude the research were that the average age is 38 years with more frequency in women at 64% (16 patients), indicating 40% (10 patients) with Intense Pain according to the Visual Analogue Scale (EVA), 32% (8 patients) indicate an Impact of Moderate Disability according to the Migraine Evaluation or Migraine Disability / Assessment Score (MIDAS) and with 52% (13 patients) presented an Important Impact according to the Pain Impact Scale of head (HIT - 6). Cross-tabulations were performed to see the frequency of the prevalence of cervicalgia with migraine between E.V.A. - MIDAS, shows that the Impact of Severe Disability with the Severe Pain Scale that registers with 5 patients, the frequency of headache levels associated with migraine between the HIT / 6 - MIDAS 06 patients between the Impact of Severe and Moderate Disability with an Important Impact; according to the frequency in the degree of joint stiffness with EVA and the goniometric test presenting a bad and regular articular range both with 07 patients in the result with severe and severe pain in Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray - Es Salud.

KEY WORDS: Headache, migraine, cervicalgia, impact of pain and impact of disability.

LISTA DE FIGURAS

Figura N° 01: Frecuencia y porcentaje de la característica por Sexo.....	66
Figura N° 02: Característica del dolor de la cervical con la Escala Visual Análoga (EVA).....	67
Figura N° 03: Característica de la cervicalgia con la Evaluación De La Migraña O Migraine Disability/ Assessment Score (MIDAS)	68
Figura N° 04: Característica de la cervicalgia con la Escala de Impacto del dolor de cabeza (HIT – 6)	70
Figura N° 05: Frecuencia de la prevalencia de la cefalea asociada a la migraña con la Escala Visual Análoga (EVA) y Evaluación De La Migraña O Migraine Disability/ Assessment Score (MIDAS)	71
Figura N° 06: Niveles de cefalea asociada a la migraña, la comparación de la Escala de Impacto del dolor de cabeza (HIT – 6) con la Evaluación De La Migraña O Migraine Disability/ Assessment Score (MIDAS).....	73
Figura N° 07: Grado de rigidez de la cervicalgia asociada a la migraña mediante la Escala Visual Análoga con el Test Goniométrico.	74

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1: Edad de la muestra.....	65
Tabla N° 02: Frecuencia y porcentaje de la característica por Sexo.....	65
Tabla N° 03: Frecuencia y porcentaje de la característica del dolor de la cervical con la Escala Visual Análoga (EVA)	66
Tabla N° 04: Frecuencia y porcentaje de la característica de la cervicalgia con la Evaluación De La Migraña O Migraine Disability/ Assessment Score (MIDAS).....	68
Tabla N° 05: Frecuencia y porcentaje de la característica de la cervicalgia con la Escala de Impacto del dolor de cabeza (HIT – 6)	69
Tabla N° 06: Frecuencia de la prevalencia asociada a la migraña con la Escala Visual Análoga (EVA) y Evaluación De La Migraña O Migraine Disability/ Assessment Score (MIDAS)	70
Tabla N° 07: Frecuencia de los niveles de cefalea asociada a la migraña, la comparación de la Escala de Impacto del dolor de cabeza (HIT – 6) con la Evaluación De La Migraña O Migraine Disability/ Assessment Score (MIDAS)	72
Tabla N° 08: Frecuencia del grado de rigidez de la cervicalgia asociada a la migraña mediante la Escala Visual Análoga con el Test Goniométrico.	74

INDICE

CARÁTULA.....	I
HOJA DE APROBACIÓN.....	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
LISTA DE FIGURAS.....	VII
LISTA DE TABLAS.....	VIII
INTRODUCCIÓN.....	X

I. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema.....	12
1.2 Formulación del problema.....	14
1.2.1 Problema principal.....	14
1.2.2 Problemas secundarios.....	15
1.3 Objetivo de la investigación.....	15
1.3.1 Objetivos general.....	15
1.3.2 Objetivos específicos.....	15
1.4 Justificación e importancia de la investigación.....	15

II. MARCO TEORICO

2.1. Bases Teóricas.....	18
2.1.1 Cervicalgia	
2.1.1.1. Anatomía de la columna cervical.....	18
2.1.1.2. Definición de la cervicalgia.....	19
2.1.1.3. Etiología.....	20
2.1.1.4. Enfermedades preventivas de la Columna Cervical.....	20
2.1.1.5. Causas.....	23
2.1.1.6. Tipos de cervicalgia.....	24
2.1.1.7. Síntomas.....	26
2.1.1.8. Evaluación Clínica.....	27
2.1.1.9. Diagnóstico.....	28
2.1.1.10. Tratamiento.....	29
2.1.2. Cefalea	
2.1.2.1. Definición de Cefalea.....	34
2.1.2.2. Clasificación Internacional de la Cefalea (IHS).....	34
2.1.2.3. Evaluación Clínica.....	38
2.1.2.4. Diagnóstico.....	39
2.1.2.5. Tratamiento.....	39

2.1.3. Migraña	
2.1.3.1. Definición.....	42
2.1.3.2. Fisiopatología de la Migraña.....	42
2.1.3.3. Factores Desencadenantes de la Migraña.....	44
2.1.3.4. Tipos de Migraña.....	44
2.1.3.5. Complicaciones de la Migraña.....	49
2.1.3.6. Clasificación de la Migraña.....	49
2.1.3.7. Tratamiento.....	51
2.2. Antecedentes.....	52
III. METODOLOGÍA	
3.1. Tipo de investigación.....	55
3.2. Diseño de investigación.....	55
3.3. Población y muestra de la investigación	
3.3.1. Población.....	55
3.3.2. Muestra.....	55
3.4. Variables, dimensiones e indicadores.....	56
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	57
3.6. Método de análisis de datos.....	64
IV. RESULTADOS ESTADÍSTICOS	
4.1. Resultados.....	65
4.2. Discusiones de resultados.....	75
4.3. Conclusiones.....	78
4.4. Recomendaciones.....	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
ANEXOS	
Consentimiento informado.....	84
Instrumento.....	85

INTRODUCCIÓN

La cervicalgia es un síntoma percibido en la línea nual superior, siendo una causa de atención en los nosocomios pero por agravar su condición presentan diversos tipos de cefaleas o más complejo como la migraña, afectando profundamente su condición en el desempeño personal, integridad social, entorno laboral y su hogar.

La cefalea, caracterizado por ser una enfermedad primaria o como síntoma secundario a otra enfermedad subyacente; genera episodios de sensación dolorosa en puntos subyacentes localizados en la bóveda craneal, desde la región frontal hacia la occipital. Esto puede ser generado de manera unilateral, paroxística, de corta duración, en territorio de uno o más divisiones del trigémino, con frecuencia por estímulos triviales o de manera espontáneamente.

La migraña es un trastorno constitucional, se trata de una cefalea recurrente primaria periódica, está asociada con cambios sucesivos de la perfusión sanguínea en la zona craneal afectada. Su incidencia es muy elevada en nuestro medio presentando episodios de dolor generalmente hemicraneales pulsátiles con mayor frecuencia en mujeres. Los que lo han sufrido requieren de adecuadas evaluaciones, cuidados médicos, físicos y personales que dependen su éxito más que todo del paciente, apoyado obviamente en la familia.

De acuerdo a esta problemática, la relación existente de la cervicalgia no debe ser de única atención, ya que esta puede estar asociadas a la cefalea con la migraña. De tal manera debemos interesarnos en la prevención de estos padecimientos, fomentar que la población pueda tomar la necesaria información y conciencia para evitar las complicaciones de esta enfermedad; esta investigación nos permite conocer la frecuencia que se presenta en la unidad de Medicina física y rehabilitación, y pueda ayudar a realizar talleres de autocuidado, información y prevención en estos pacientes.

1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La migraña es uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso, esta es conocida como cefalea primaria. En general, se calcula que un 47% de los adultos han sufrido por lo menos una cefalea en el último año.¹

Se calcula que la prevalencia mundial de la cefalea (al menos una vez en el último año) en los adultos es de un 47%. Entre la mitad y las tres cuartas partes de los adultos de 18 a 65 años han sufrido una cefalea en el último año, y más del 10% de este grupo ha padecido migraña. La cefalea que se presenta 15 días o más cada mes afecta de un 1,7% a un 4% de la población adulta del mundo. A pesar de las variaciones regionales, la migraña es un problema mundial que afecta a personas de todas las edades, razas, niveles de ingresos y zonas geográficas.¹

A escala mundial, ha sido subestimada, se conocen mal y no reciben el tratamiento adecuado. Solo una minoría de las personas recibe un diagnóstico apropiado formulado por un profesional sanitario.¹

Esta suele aparecer en la pubertad y afecta principalmente al grupo entre los 35 y los 45 años de edad, sus episodios pueden desarrollarse por algunas horas o hasta dos o tres días.¹

En el 90% de los pacientes, con cefaleas las causas son: sinusitis, angustias, hipertensión arterial, molestias visuales, disritmias cerebrales y el hábito de no desayunar. Afortunadamente los tumores solo causan un 2%. Un 40% de los niños menores de 15 años han padecido alguna vez un dolor de cabeza.²

Constituye alrededor del 25% de todas las consultas ambulatorias a los servicios de salud y una alta cantidad. La migraña ha sido conocida como una entidad clínica independiente desde hace muchos siglos, así es mencionada en escritos babilónicos de 3000 años de antigüedad. ³

Con los años, de la misma manera que ha ocurrido con otras entidades clínicas, su diagnóstico preciso se ha tornado cada vez más exigente, se sabe que la migraña es alrededor de tres veces más frecuente en mujeres que en hombres (70% en mujeres y 30% en hombres). ³

En España se revisaron unos criterios en el 2006, Su prevalencia oscila entre el 1-3% de la población, y su incidencia se ha estimado en un 2,5% anual. Produce de cuatro a seis veces más discapacidad, disminución de la productividad y alteración de la calidad de vida que la migraña episódica. Los pacientes con migraña crónica sufren dolor crónico, ansiedad o depresión con una frecuencia 2-3 veces superior a la migraña episódica. En nuestro medio, se ha estimado una prevalencia en torno al 2% de la población, aunque los valores crudos dependen de los criterios de clasificación empleados, barajándose un rango de 0,9 - 5,1%. ⁴

Con una prevalencia en los Estados Unidos del 18% en las mujeres y el 6% en los hombres. Esta situación no es muy diferente en América Latina, con una prevalencia informada en mujeres entre 6,5% y 17,4% y en hombres del 2,9% al 7,8%. En las estadísticas que se disponen para Colombia, el estudio realizado por Rueda-Sánchez y Díaz-Martínez en Bucaramanga, Santander, muestra una prevalencia general de migraña del 13,7%, en mujeres del 17,5% y en hombres del 5,2%.⁵

Casi la mitad de los adultos del mundo entre los 18 a los 65 años de edad han tenido una o más cefaleas. De ellos, el 10% tienen migraña y entre el 1.7 al 4% de padecen de cefalea 15 o más días cada mes. La migraña es responsable del 1.3% de todos los años de vida perdidos por discapacidad mundial. Los estudios neuroepidemiológicos colombianos son escasos pero muestran cifras de prevalencia similares a las informadas en otros países. Se ha establecido que la migraña causa 1.650 horas de trabajo perdido el año por cada 1000 habitantes en Colombia. ⁶

En el Perú y en otros países de Latinoamérica las cifras son aproximadamente la mitad de las encontradas en Estados Unidos de América (reporte de cifras de 17,6% de mujeres y 6% en hombres). Y otros lugares del hemisferio norte, desconociéndose el motivo. En 50% de pacientes la migraña aparece antes de los 20 años y es menos frecuente en mayores de 40 años de edad. Otro aspecto característico de la migraña es su elevada tendencia familiar. ⁷

No se ha encontrar estudios registrados en la región La Libertad.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema principal

PP: ¿Cuál es la prevalencia de la cervicalgia asociada a migraña en paciente de la unidad de medicina física y rehabilitación del Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray – ESSALUD?

1.2.2. Problemas secundarios

PS₁: ¿Cuál es el nivel de cefalea asociada a la migraña en paciente de la unidad de medicina física y rehabilitación del Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray – ESSALUD?

PS₂: ¿Cuál es el grado de rigidez de la cervicalgia asociada a migraña en paciente de la unidad de medicina física y rehabilitación del Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray – ESSALUD?

1.3. Objetivo de la investigación

1.3.1. Objetivo general

OG: Determinar la prevalencia de la cervicalgia asociada a migraña en paciente de la unidad de medicina física y rehabilitación del Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray – ESSALUD.

1.3.2. Objetivos específicos

OE₁: Determinar el nivel de cefalea asociada a la migraña en pacientes de la unidad de medicina física y rehabilitación del Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray – ESSALUD.

OE₂: Determinar el grado de rigidez de la cervicalgia asociada a migraña en paciente de la unidad de medicina física y rehabilitación del Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray – ESSALUD.

1.4. Justificación e importancia de la investigación

El presente trabajo de investigación sobre prevalencia de la cervicalgia asociada a migraña en pacientes de la unidad de medicina física y rehabilitación del Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray – ESSALUD, inicia con mi inquietud al ver la demanda de pacientes

con esta sintomatología de la cervicalgia, entre ellas pacientes que muestran limitación del rango articular en la región cervical, falta de movilidad, dolores irradiados a la espalda o brazos, complicaciones asociadas (cambio de carácter, baja visión, problemas auditivos, etc.) ya sea por falta de enfoque de los fisioterapeutas, mala postura o iniciaron tarde el tratamiento fisioterapéutico.

Al realizar los tratamientos fisioterapéuticos en el servicio se observa la disminución del dolor y la limitación del rango articular, no se hace secuencia de una educación al paciente para un control preventivo como ejercicios de estiramiento y pautas activas, que podrían practicarse en su domicilio sin supervisión. Ya sea este paciente como un descuido, vuelve a recurrir al tratamiento con la misma intensidad de dolor o aumentando, por las actividades que realicen durante el trabajo o la casa, o incluso la mala postura que está acostumbrado.

En el Hospital IV Víctor Lazarte Echeagaray – ESSALUD, los pacientes referidos por medicina general, medicina interna o por neurología son referidos con diagnóstico de cervicalgia o contractura muscular cervical, así mismo incluye dolor cefálico como diagnóstico neurológico a la migraña; pero manejado solo por el dolor muscular en la región cervical al inicio de sus consultas al aumentar el dolor es referido a la unidad de medicina física y rehabilitación.

En el servicio de medicina física y rehabilitación los Tecnólogos Médicos que tratan a las personas con diagnóstico de cervicalgia o contractura en la cervical, refieren que los pacientes manifiestan múltiples causas que este les conlleva a este caso en específico que son pacientes con migraña. Su tiempo de tratamiento es más largo por la severidad

del dolor cefálico y/o contractura muscular. Suelen brindar algunas pautas para su domicilio para que puedan sumar a su tratamiento.

Es por todo lo mencionado que los profesionales de fisioterapia deben enfocar no solo las consecuencias de cada paciente que presente estos síntomas, sino también la prevención como parte de la educación que debemos mostrarles, para prevenir consecuencia que perjudique la salud de estos.

Concientizar a los pacientes que no somos un servicio aplicadores de equipos médicos y de técnicas de fisioterapéuticas, mostrar al paciente la preocupación posterior a la terapia el resultado que tiene por cada tratamiento; así mismo disminuir la consecuencia de la terapia por esta causa y realizar un trabajo que como resultado evite la cronicidad y reagudización de estos procesos dolorosos.

2. MARCO TEORICO

2.1. BASES TEÓRICAS

2.1.1. Cervicalgia

2.1.1.1. Anatomía De La Región Cervical

El cuello es el segmento más móvil de la columna cuyo sistema articular constituido por: la articulación atlantoaxoidea, 14 articulaciones apofisiarias, 12 articulaciones de Luschka y ligamentos: longitudinal anterior y posterior, amarillo e interespinoso de la nuca, junto a músculos (14 pares anteriores, laterales y posteriores), que en su conjunto permiten la movilidad en flexión, extensión, flexión lateral y rotación a izquierda y derecha.⁸

Los huesos de la columna cervical están separados unos de otros por unos cojines cartilaginosos: los discos intervertebrales. Esto lo hace más móvil por la altura de los discos intervertebrales y porque proporciona a su longitud, tiene gran número de articulaciones; además de las apófisis articulares son muy oblicuas, favoreciendo la movilidad alrededor de los tres ejes: flexión y extensión, inclinación lateral y rotación. ⁸

Los movimientos de la cabeza casi siempre van acompañados de movimientos de la columna vertebral cervical, sin embargo puede producir aisladamente en las articulaciones occipitoatlantoidea y atlantoaxoidea. En la occipitoatlantoidea, se produce flexión y extensión, con amplitud de 30° a 50° en total, e inclinación lateral de 15° a 20° a cada lado; en la atlantoaxoidea, se produce una rotación de 30° a cada lado. La rotación se acompaña de inclinación lateral, de modo que si se gira la cabeza hacia un lado, al propio tiempo se inclina hacia lo opuesto; esto se debe a la tensión del ligamento

occipitodontoideo lateral del lado opuesto al de rotación; la tracción ejercida por este ligamento sobre el cóndilo occipital correspondiente, inclina la cabeza lateralmente y la relajación de ligamentos resultante permite que siga la rotación. ⁸

Mantener una buena postura en todo momento sería lo ideal. El correcto alineamiento de la cabeza sobre los hombros y, por tanto de todas las vértebras cervicales permite evitar o prevenir la cervicalgia. Lo habitual es tener la cabeza ligeramente adelantada sobre la vertical al leer, al trabajar y al caminar, de manera que se produce una sobrecarga de la musculatura del cuello, la nuca, los hombros y la zona alta de la espalda. Esta sobrecarga suele producir dolor. ⁸

2.1.1.2. Definición De Cervicalgia

Se denomina cervicalgia al síntoma conocido como dolor de cuello, percibido en la zona comprendida entre la línea nugal superior (zona occipital), a la primera vértebra dorsal, y lateralmente limitado por los extremos laterales del cuello.⁹

Cervicalgia es un término médico derivado del latín, y quiere decir dolor de cuello. No especifica cuál es la causa precisa del dolor. El dolor del cuello es uno de los problemas que más frecuentemente encuentra el traumatólogo. Se calcula que una de cada 10 personas va a tener dolor de cuello a lo largo de su vida, con mayor o menor severidad. ¹⁰

La cervical es el segmento más móvil de la columna vertebral: se calcula que movemos el cuello unas 600 veces por hora. Está compuesta por siete vértebras, unidas entre sí por discos vertebrales y sostenidos por músculos y ligamentos. De la columna cervical salen nervios que dan sensibilidad y motricidad a los brazos. A través de la

columna cervical pasa la médula espinal, que es la conexión entre el cuerpo y el encéfalo. En las lesiones severas de la médula espinal, se pierde la movilidad de brazos y piernas; es un problema conocido como cuadriplejia. ¹⁰

2.1.1.3. Etiología

La cervicalgia suele ser el resultado de sobrecarga muscular o lesión nerviosa de los nervios que salen desde la médula espinal, en el espacio de la columna cervical, y que se dirigen hacia los brazos. Estas sobrecargas o lesiones pueden tener, a su vez, distintas causas. ¹¹

2.1.1.4. Enfermedades Frecuentes En La Columna Cervical

Es difícil realizar una clasificación de las causas que pueden generar dolor cervical, ya que en tan sólo el 18% de las pruebas de imagen realizadas a los pacientes, los hallazgos observados corresponden con los síntomas referidos por el mismo.⁹

Cualquiera de las estructuras de la columna vertebral puede padecer enfermedad o lesión. Tanto el hueso de las vértebras cervicales como los discos intervertebrales y los tejidos blandos, músculos y ligamentos de la zona pueden estar afectados y producir dolor. Sin embargo, las enfermedades más frecuentes y en las que hay que pensar primero como causa de una cervicalgia son las siguientes:

A. Enfermedades Del Disco Intervertebral Cervical

Los discos intervertebrales cervicales se lesionan como consecuencia del envejecimiento, por un movimiento brusco como en el latigazo cervical, una mala postura o enfermedades reumáticas. La cervicalgia se presenta cuando el disco presiona el nervio o cuando la artrosis progresa hasta el punto de afectar a las articulaciones de la columna,

produciendo la degeneración del disco intervertebral o el crecimiento de osteofitos (espinas de hueso fuera del contorno normal del hueso) que pueden irritar el nervio vecino.¹²

Las enfermedades de los discos intervertebrales cervicales están marcadas típicamente por cervicalgia intermitente, seguida de dolor cervical intenso y, en ocasiones, dolor en el brazo. El dolor es suficientemente intenso para alterar el sueño de la persona. La irritación del nervio también suele producir entumecimiento o debilidad del brazo o el antebrazo, hormigueo en los dedos de la mano y problemas de coordinación de los movimientos. En los casos más avanzados y sin tratamiento se puede llegar a la parálisis.¹²

La presión sobre la médula espinal cervical a causa de una hernia discal o un osteofito puede representar un problema grave, ya que virtualmente todos los nervios del cuerpo pasan por la zona cervical para poder llegar a su destino.¹²

B. Estenosis Cervical

Es el estrechamiento del canal vertebral, que puede lesionar la médula espinal. La causa más frecuente es el proceso de envejecimiento. Los cambios degenerativos debidos al envejecimiento de los discos intervertebrales, el hueso de las vértebras y los ligamentos, son los que acaban estrechando el canal vertebral.¹²

Los síntomas de la estenosis cervical son la cervicalgia, la pérdida de fuerza y sensibilidad en las manos, la incapacidad de caminar a paso rápido, el deterioro de los movimientos finos de las manos y los espasmos musculares en las piernas.¹²

C. Artrosis

Es una enfermedad reumática que afecta preferentemente a la columna vertebral. Entre sus síntomas se encuentran el dolor que irradia al hombro o la zona entre los hombros. Este dolor es peor a primera hora de la mañana, mejora durante el día y vuelve a empeorar al final del día. Suele aliviarse con el reposo. Los pacientes que han padecido un latigazo cervical tienen 6 veces mayor probabilidad de desarrollar artrosis cervical.¹²

D. Traumatismos

El latigazo cervical o esguince cervical, también denominado “whiplash”, es uno de los traumatismos más frecuentes sobre el cuello. A menudo ocurre tras un accidente de coche, en el que un vehículo choca con otro por detrás. Entre sus síntomas se incluyen la rigidez de cuello, el dolor de hombros y brazos, el dolor de cabeza, el dolor facial y el vértigo. El dolor de este traumatismo está producido por una combinación de hemorragia de los músculos del cuello, rotura de ligamentos o lesión de un disco intervertebral.¹²

E. Hernia Del Disco Cervical

Es la protrusión de un disco cervical, que generalmente comprime una raíz nerviosa y ocasiona dolor en el cuello irradiado a uno o a los dos brazos o cervicobraquialgia. La mayoría de las veces se trata del disco entre la quinta y la sexta vértebra cervical, o disco C5-C6, seguido por el disco C6-C7, ya que son los discos con más movilidad.¹¹

F. Síndrome De Dolor Miofascial

Este es conocido también como punto gatillo miofasciales. Podría definirse como un punto doloroso localizado en el músculo. Este se asocia generalmente con una zona hipersensible a la palpación, localizando en dicha zona una banda tensa. Se trata de regiones muy localizadas en tejidos musculares o en sus inserciones tendinosas, las cuales se palpan en forma de bandas duras (hipersensibles) que causan dolor, teniendo

esta la característica de ser de origen profundo, constante, produciendo a menudo un dolor referido hacia otras zonas del cuerpo.⁹

El punto gatillo es un síntoma que puede estar presente solo o puede ser parte de un grupo de manifestaciones clínicas donde podemos incluir el estrés, fatiga muscular, desarreglos alimenticios y endocrinos, trastornos del sueño.⁹

2.1.1.5. Causas

A. Causa Muscular

La sobrecarga, los esfuerzos, la fatiga y las contracturas de los músculos cervicales dan lugar a cervicalgia. Si la lesión es constante repetida, también puede lesionarse los discos intervertebrales y las propias vertebrae, y producirse una lesión nerviosa. Los traumatismos también son causas de cervicalgia de origen muscular.¹¹

B. Causa Nerviosa

Le lesión de las articulaciones intervertebrales dará lugar a lesión nerviosa por pinzamiento del nervio cuando sale de la médula espinal hacia las extremidades superiores. El envejecimiento, las enfermedades reumáticas y los traumatismos pueden acabar produciendo una hernia discal, dando lugar a la irritación de los nervios a los que afecta y, por tanto, a la aparición de dolor cervical.¹¹

En la mayoría de los casos la cervicalgia no es grave, si bien en ocasiones es un signo de una enfermedad más seria. El dolor cervical puede ser referido, esto es, un reflejo en esta localización de un problema en otro lugar. Las lesiones del hombro, la artritis reumatoide y otras enfermedades reumáticas, algunas enfermedades del esófago

o un ataque cardíaco con manifestaciones poco habituales pueden ser algunas causas de dolor cervical reflejo. Un dolor cervical nocturno o que se acompaña de fiebre o pérdida de peso puede indicar la existencia de un tumor o una infección. ¹¹

2.1.1.6. Tipos De Cervicalgia

En el manejo se divide por el tiempo, la condición como se presenta, los signos y síntomas que lo acompañan desde atención primaria, adoptaremos la denominación clásica de cervicalgia aguda o crónica estableciendo el límite en las 12 semanas de inicio del cuadro (aguda < 12 semanas < crónica). ⁹

A. Cervicalgia Aguda

Cuando aparece de forma repentina y limitante, acompañado de un acontecimiento lesivo. Como dolor intenso de aparición reciente, inicio brusco y con espiración física con limitación notable y dolor en todos los movimientos de la columna. Sin traumatismo, la Mialgia Cervical Aguda (“Tortícolis”) es la causa más frecuente, con evolución autolimitada en 4-6 días. Si existe traumatismo debemos descartar: fracturas, luxaciones, etc. ^{9, 13}

B. Cervicalgia Crónica

Cuando el dolor permanece pero en menor intensidad en el tiempo (generalmente más de tres meses), se vuelve constante y existe en ausencia de la lesión por la que comenzó. Aquí empezaríamos a considerar el dolor como una entidad propia con movilidad de la columna cervical preservada, con exacerbación de las molestias en la movilidad extrema. La asociación de gran componente psicossomático dificulta habitualmente su diagnóstico y manejo. ^{9, 13}

C. Dolor Cervicobraquialgia

Se define como la presencia de dolor en la región cervical y en la extremidad superior; dentro de este término se encuadran múltiples procesos que será preciso definir por la historia, la exploración y las pruebas complementarias. Afecta con mayor frecuencia las cuatro últimas raíces cervicales, sobre todo a C7. El cuadro está caracterizado por el dolor asociado a clínica que se circunscribe a la raíz afectada presentando parestesias, y en alteraciones motoras de la raíz correspondiente.^{9, 13}

Especial interés tiene su diagnóstico diferencial de los procesos que puedan ser causantes de omalgia (dolor en hombro). La resolución espontánea de todos los síntomas o de la mayoría de ellos ocurre dentro de las 6 a las 12 semanas en la mayor parte de los pacientes.^{9, 13}

D. Síndrome Cervicocefálico

La atribución del síndrome de Barré-Lieou o síndrome cervicocefálico:(dolor en región occipital y otras regiones craneales, acompañada de vértigo, mareo e inestabilidad en la marcha, con parestesias en el vértice craneal) a un trastorno de la irrigación cerebral o a una irritación del sistema simpático cervical posterior debido a la presencia de osteofitos en la columna cervical carece de justificación. Existen fundadas razones para creer que este síndrome se debe en gran parte a un trastorno de índole psicosocial.^{9, 13}

E. Cervicalgia Mecánica O Inflamatoria

El dolor mecánico mejorará con el reposo y empeorará con el aumento de la actividad con horario diurno, mientras el dolor inflamatorio persiste en reposo, predominando por las noches. La existencia de signos guía ha de ponernos sobre su

pista: dolor sacroilíaco, conjuntivitis/iritis, úlceras genitales, aftas orales, psoriasis, diarrea, así como la existencia de afectación a nivel de otras articulaciones.^{9, 13}

F. Cervicalgia Sospechosa

Aquellas con alta sospecha de proceso infeccioso o neoplásico. Para agilización de pacientes con determinados datos de alarma (banderas rojas) hablamos de “cervicalgia sospechosas” aquellas que por sus características clínicas precisan de un manejo más estricto, aunque no por ello precisen ser valorados por el especialista de entrada:^{9, 13}

- Fiebre
- Dolor no mecánico (constante incluso en reposo)
- Historia de cáncer
- Tratamiento con esteroides
- Pérdida de peso (síndrome constitucional)
- Síntomas o signos neurológicos.

2.1.1.7. Síntomas

- Dolor. Es el síntoma más frecuente.¹²
- Parestesias (hormigueos).
- Debilidad.
- Pérdida de movilidad.
- Dolor de cabeza.
- Mareos.
- Alteraciones del equilibrio.
- Disfagia (dificultad para tragar).

- Tortícolis. Dolor agudo por espasmo muscular.

2.1.1.8. Evaluación Clínica

Las características del dolor localización anterior o posterior, su inicio y actividad laboral, irradiación, tipo de molestias aguda, continua o intermitente, que cursa con alivio o exageración con la movilidad, son datos anamnésticos fundamentales para el diagnóstico. El dolor retroorbitario, temporal y occipital sugiere compromiso de C1 - C3.⁸

La irradiación a los hombros, región interescapular, pectoral y anterotorácico por afectación de C6 plantea el diagnóstico diferencial con una angina de pecho o infarto del miocardio.⁸

Los síntomas neurológicos, parestesias que comprometen la cara, cabeza o lengua caracterizan el compromiso alto del plexo cervical. La hipoestesia, falta de fuerza, parestesia de una extremidad superior es manifestación de una CB.⁸

El exámen neurológico, la pérdida de sensibilidad y la debilidad motora junto a los reflejos bicipital, radial y tricipital, permiten identificar el nivel aproximado de la lesión.⁸

Luego de la exploración física se puede recurrir a los estudios radiológicos: AP, lateral y oblicuas, electromiografía (EMG) de las extremidades superiores y velocidad de conducción nerviosa (VCN). Si fuere pertinente resonancia nuclear magnética (RNM), técnica de alto costo y no disponible en todos los servicios de imagenología de los establecimientos del país y que permite evaluar vértebras discos, nervios, vasos sanguíneos y estructuras paraespinales demostrando los arrancamientos, desgarros o roturas de las estructuras ligamentosas.⁸

2.1.1.9. Diagnóstico

En la consulta por cervicalgia, normalmente el médico realizará la historia clínica: solicitará información sobre las características del dolor, su intensidad, localización, aparición y evolución. Asimismo, interrogará sobre el tipo de trabajo, los hábitos personales, enfermedades en la familia y el paciente, etc. ¹²

Posterior realizaran una exploración física general y en particular, de la zona cervical. Si con ello no se identifica el problema, puede ser necesario solicitar alguna exploración de imágenes como radiografías, una tomografía computarizada o escáner, o una resonancia magnética. Con ello se puede identificar una compresión de las raíces nerviosas, un pinzamiento articular, una artrosis de la columna cervical, etc. ¹²

Mucho más raramente hace falta la realización de otras exploraciones complementarias como la electromiografía, que evaluará la actividad eléctrica en el nervio y el músculo, o la mielografía, que tras la inyección de un medio de contraste en el canal medular ayuda a determinar si existe lesión en la medula espinal. ¹²

Con el electromiograma y los estudios de conducción nerviosa, a diferencia de otras exploraciones complementarias que ayudan a determinar la anatomía y la estructura, se estudian principalmente la función conjunta de nervios y músculos. ¹²

Esta prueba evalúa el impulso nervioso que viene del cerebro y la médula espinal y la forma en que llega a su terminación, si está bloqueado, retrasado o reducido, de manera que se puede determinar qué nervios y qué músculos están funcionando anormalmente. ¹²

2.1.1.10. Tratamiento

A. Tratamiento Médico

Debe realizar el interrogatorio, exámen físico y estudios complementarios. El médico debe interrogar sobre el trabajo del paciente, tiene que descartar un antecedente de traumatismos, que puede condicionar el dolor cervical. Si el paciente ha tenido fiebre y dolor de cabeza, es necesario descartar meningitis. ¹⁰

Las radiografías del cuello son muy útiles para el estudio de la Cervicalgia, así como la Resonancia Magnética Nuclear, que puede ayudarnos a descartar una hernia del disco cervical. ¹⁰

El tratamiento médico se inicia con analgésicos, antiinflamatorios y relajantes musculares, tales como acetaminofén, ibuprofeno y tiocolchicósido. En la cervicartrosis puede ser beneficioso el uso de la glucosamina con condroitinsulfato. ¹⁰

El collarín es útil, pero es un arma de doble filo, no debe dejarse por tiempo muy prolongado porque atrofia los músculos y empeora el dolor. Se puede acompañar con el uso de una Almohada Cervical por las noches. ¹¹

Cuando ha pasado el cuadro agudo se inicia la rehabilitación para mejorar la fuerza de los músculos cervicales, que son un importante soporte de la columna cervical. En algunos casos está indicado el empleo de la Tracción Cervical. ¹¹

Un pequeño número de pacientes, en los cuales el dolor es resistente a todo tipo de tratamiento, requiere de cirugía. ¹⁰

B. Tratamiento Farmacológico

En cuanto a la prescripción médica, la asociación de analgésicos y antiinflamatorios con cafeína o derivados opiáceos, como la codeína también es efectiva, así como, en algunos casos, el empleo de relajantes musculares.¹¹

Otros medicamentos, los llamados «analgésicos coadyuvantes» porque no tienen acción analgésica directa, también pueden ayudar: los antidepresivos tricíclicos y los anticonvulsivos limitan la transmisión de los mensajes del dolor a lo largo de las vías nerviosas y parece que estimulan la producción de los analgésicos naturales del organismo, las endorfinas. Las investigaciones más recientes no han confirmado de forma definitiva la utilidad de los corticoides, pero en algunos casos su administración por vía oral durante 7 a 10 días o en forma de inyección semanal durante tres a cinco semanas parece ser efectiva.¹¹

Investigaciones recientes demuestran que el empleo de vitaminas del grupo B, Concretamente del complejo B12-B6-B1, asociado al tratamiento antiinflamatorio, proporciona beneficios y ventajas frente a este tratamiento aislado. Gracias a la combinación del complejo vitamínico, el alivio del dolor y la recuperación funcional son más rápidos, la vuelta a las actividades familiares o laborales más precoz, y se registran menos efectos secundarios derivados del tratamiento antiinflamatorio, ya que se usan dosis menores y durante menos tiempo. Asimismo, el empleo a largo plazo del complejo vitamínico B1-B6-B12 ha demostrado que refuerza los sistemas nervioso y muscular, que son los afectados en las cervicalgias.¹¹

C. Tratamiento Fisioterapéutico

La mayoría de los episodios de cervicalgia responden a la terapia conservadora y no requiere más tratamiento. El tratamiento conservador está compuesto de reposo de la zona, empleo de medicamentos antiinflamatorios y rehabilitación de la función del área lesionada.¹²

En las primeras horas de evolución de los episodios agudos, la inmediata aplicación de frío, con una bolsa de hielo, reducirá la inflamación y el dolor. Es importante que la aplicación del hielo no se haga directamente sobre la piel.¹²

La inmovilización prolongada no es recomendable, mientras que la inmovilización a corto plazo, durante menos de 10 días, o de forma intermitente con un collarín cervical blando permite el descanso de los músculos cervicales.¹²

Una vez pasada la fase más aguda en la que es efectiva la aplicación de frío, la aplicación de calor es útil para reducir el dolor. Una estimulación eléctrica, una lámpara a base de rayos infrarrojos o rayos ultravioleta pueden ser suficientes en muchos casos. El fisioterapeuta puede aplicar calor más profundamente mediante ultrasonidos.¹²

Se puede aplicar diversos tratamientos fisioterapéuticos de acuerdo a la condición del paciente y evaluación realizada por la fisioterapeuta¹², se puede considerar cualquiera de estos tratamientos combinados:

- Controlar el dolor.
- Reposo.
- Calor: microonda, infrarrojo, ultravioleta, etc.
- Estimulación Eléctrica Transcutánea Nerviosa (TENS)

- Ultrasonido.
- Masoterapia.
- Tratamiento de los músculos afectados con diferentes técnicas fisioterápicas.
- Movilizaciones.
- Ejercicios de propiocepción.
- Ejercicios estiramiento.
- Tratamiento miofascial.
- Osteopatía.
- Ergonomía postural.
- Pilates.

D. Tratamiento Quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico suele ser necesario cuando el tratamiento conservador de la cervicalgia no proporciona efectividad. La cirugía es recomendable si:

- No se puede trabajar a causa del dolor.
- No se puede participar en las actividades familiares o sociales a causa del dolor o la debilidad muscular.
- Aparece depresión o bajo estado de ánimo a causa del dolor.

Entre los factores que determinan el tipo de procedimiento quirúrgico se encuentran el tipo de enfermedad, si existe presión sobre la médula espinal o los nervios o si existe luxación de las articulaciones intervertebrales. Asimismo, hay que tener en cuenta la edad del paciente, la duración de la enfermedad, otras enfermedades que pueda estar padeciendo y la historia médica previa.¹²

La cirugía tiene limitaciones, de manera que no pueden revertir los efectos del envejecimiento o el sobreuso, y además comporta riesgos. Sin embargo, puede ser la única forma de aliviar el dolor, la pérdida de fuerza y la pérdida de la sensibilidad. ¹²

La cirugía es necesaria para eliminar la compresión de una raíz nerviosa o de la médula espinal, más frecuentemente cuando existe una hernia discal. ¹² Se han tomado encuentra diversos tipos de procedimientos quirúrgicos:

➤ **Discectomía Cervical Anterior.**- Es el procedimiento quirúrgico más común sobre la zona cervical. Alivia la presión sobre una o más raíces nerviosas o sobre la médula espinal. La intervención agranda el orificio por el que pasa el nervio y extirpa el disco intervertebral, así como cualquier osteofito de la zona que pudiera comprimir la médula espinal y las raíces nerviosas. ¹²

Para ello el cirujano realiza una incisión en la zona anterior del cuello, para llegar a la columna por delante. Tras extraer el disco y los osteofitos, el hueso que queda se suele rellenar con material óseo, un procedimiento llamado fusión. Este hueso puede proceder del propio paciente, tomado de la cadera, o de un banco de huesos. Además del hueso, suele fijarse a la zona de la fusión ósea una placa de metal para reforzarla. Con el tiempo, las vértebras y el hueso se fusionan, creando una estructura más estable. Sus riesgos son mínimos, inferiores al 5% de complicaciones. ¹²

➤ **Corpectomía Cervical.**- Una versión más amplia de la discectomía, en la que se extirpa el disco, es la corpectomía, que implica la extracción del disco, o discos, y la vértebra, o vértebras. Tiene un riesgo algo mayor y su complicación más grave, pero

afortunadamente poco frecuente en manos experimentadas, es la cuadriplejía parcial o completa por lesión de la médula espinal.¹²

➤ **Hemilaminectomía Posterior.-** Esta intervención se realiza a través de una incisión vertical en la parte posterior del cuello, generalmente en el centro. Se extirpa el hueso de alrededor de la médula espinal o del orificio por donde sale el nervio, y se extirpa el disco que lo estaba irritando.¹²

2.2.2. CEFALEA

2.2.2.1. Definición De Cefalea

La cefalea (Del griego kephalê, cabeza y algos, dolor), es el dolor de cabeza, el cual se puede originar como síntoma principal de la enfermedad (primaria), o bien, como síntoma secundario a otra enfermedad subyacente, ya sea, local o generalizada (secundaria).¹⁴

Con el término cefalea, se designa a toda sensación dolorosa localizada en la bóveda craneal, desde la región frontal hasta la occipital, aunque en numerosas ocasiones, también se aplica a dolores de localización cervical y facial.¹⁵

2.2.2.2. Clasificación Internacional De Las Cefaleas (IHS)

La clasificación comprende catorce diagnósticos, aunque en forma esquemática ellos pueden agruparse y quedar reducidos a cuatro títulos: Cefaleas primarias, cefaleas secundarias, dolores faciales y neuralgias craneales.¹⁶

A. Cefalea Primaria

Constituyen la mayor parte de las consultas médicas ambulatorias por dolor de cabeza como síntoma principal. Tienen las siguientes características:

Son referidas por los pacientes como episodios de dolor de cabeza, de duración variable, los cuales se repiten cada cierto tiempo. Se admite que cuando una persona consulta por episodios recurrentes de cefalea, sin otros síntomas de enfermedad, en el 99% de casos, puede tratarse de alguna forma de cefalea primaria.¹⁶

Las características de cada episodio doloroso son hasta cierto punto uniformes, en cada uno de los diferentes tipos de cefalea primaria y por tal razón la SIC ha señalado los criterios exigidos para admitir los diversos diagnósticos, que permiten individualizarlos.¹⁶

Ausencia de enfermedades o circunstancias anómalas que explican el dolor. El diagnóstico de las cefaleas primarias es como ya se ha dicho, esencialmente clínico, usando los criterios o requisitos propuestos por la IHS.¹⁶

Pero cuando es necesario se debe recurrir a los exámenes de ayuda al diagnóstico, tales como aquellos de laboratorio y neuroradiológicos, los cuales en estos casos sirven básicamente para reducir el posible error de la presunción clínica.¹⁶ Cuatro son los tipos reconocidos de las cefaleas primarias:

- Migraña.
- Cefalea de tipo tensional.
- Cefalea tipo Clúster
- Cefalea en racimos y otras cefaleas autonómicas trigeminales.

- Otras cefaleas primarias, no atribuidas a daño estructural (hemicránea paroxística, estimulada por el frío, relacionada con la tos benigna, relacionada con el ejercicio, relacionada con la actividad sexual).

B. Cefalea Secundaria

En la generación de estos tipos de cefalea secundaria siempre está de por medio algún agente patógeno causante del problema, ellas son:

- Cefalea atribuida a traumatismos del cráneo o del cuello.
- Cefalea atribuida a desórdenes vasculares craneales o cervicales.
- Cefalea atribuida a desórdenes intracraneales no vasculares.
- Cefalea atribuida al uso de sustancias químicas o a su supresión abrupta.
- Cefalea atribuida a infecciones.
- Cefalea atribuida a desórdenes de la homeostasia.
- Cefalea o dolor facial atribuidos a afecciones del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, dentadura, boca y otras estructuras de la cara y/o craneales.
- Cefalea atribuida a desórdenes psiquiátricos.
- Cefalea asociada a desordenes vasculares (hemorragias, subaracnoidea, ACV isquémico, malformaciones vasculares, arteritis, trombosis venosa, HTA).

Las cefaleas secundarias de acuerdo al objetivo de este escrito, sólo serán mencionadas. Basta agregar que en las consultas médicas ambulatorias, ellas son mucho menos frecuentes que las cefaleas primarias. Además, como grupo se

caracterizan, por asociarse a dolor de cabeza continuo y cuya intensidad se agrava progresivamente, en el tiempo.¹⁶

Asimismo, el paciente con cefalea secundaria tiene casi siempre otros síntomas (no sólo cefalea), dependientes de la patología o enfermedad principal.³

C. Dolores Faciales

- Afecta a región maxilar, nasal o mandibular, con irradiación a región cervical oído y garganta. Dolor intenso y urente de carácter mal definido.
- De predominio en mujeres, con una frecuencia diaria, o de manera episódica asociada a alteraciones vegetativas locales. En el 20-30 por ciento es bilateral
- En relación con exceso de ingesta de analgésicos y psicofármacos
- Exploración física general y neurológica sin alteraciones. No aparece causa orgánica demostrable
- Buena respuesta a Antidepresivos tricíclicos si es persistente. En la episódica, se tratará como una migraña.

D. Neuralgias Craneales

Es la neuralgia más frecuente. Se caracteriza por ser un dolor unilateral, paroxístico, de muy corta duración (de una fracción de segundo a dos minutos), en el territorio de una o más divisiones del trigémino, generalmente segunda y tercera. El dolor suele ser de carácter fulgurante, referido como eléctrico, de inicio y final bruscos. Con frecuencia el dolor se provoca por estímulos triviales como lavarse la cara, hablar o lavarse los dientes, o se precipita por el tacto en zonas gatillo (por ejemplo frecuentemente el surco

nasolabial), aunque puede aparecer espontáneamente. Existe una forma clásica y una sintomática.³

En la forma clásica no debe existir déficit neurológico asociado y puede deberse a compresión vascular de la raíz trigeminal. La forma sintomática, que puede mostrar alteración sensitiva, se relaciona con lesiones estructurales diferentes de la compresión vascular. Es recomendable la práctica de una resonancia magnética nuclear craneal a toda neuralgia del trigémino de nuevo diagnóstico que permita descartar las neuralgias sintomáticas.^{3, 17.}

2.2.2.3. Evaluación Clínica

A pesar de que existe una creencia más o menos extendida entre los Médicos de Familia, que para diagnosticar correctamente a un paciente con cefalea van a ser necesarias pruebas complementarias sofisticadas, generalmente de difícil acceso a este nivel asistencial, lo cierto es que la realización de una historia clínica y exploración física cuidadosas va a ser suficiente para realizar un diagnóstico definitivo en la mayoría de los casos.¹²

- Se comienza con una evaluación temporal
- Descripción del dolor: Cuando comenzó, como indica el dolor, donde le duele, etc.
- Tomar encuentra los síntomas asociados (suelen ser escasos, pero pueden ser frecuentes alteraciones somáticas relacionadas con ansiedad, depresión, cansancio, insomnio despertar precoz, etc.
- Factores agravantes y de alivio: como el ritmo de sueño, alimentos, la menstruación, maniobra de Valsalvas, etc.

- Factores desencadenantes: cacao, queso, vainilla, luz, tabaco, alcohol, anticonceptivos orales, falta de sueño, estrés, conflictos emocionales, etc.

2.2.2.4. Diagnóstico

Ante un examen neurológico normal y si la historia clínica sugiere una cefalea de origen primario, el uso de la tomografía axial computarizada y/o resonancia magnética no aporta ninguna información y no tiene justificación. Esto tiene la misma validez para la electroencefalografía.¹⁶

Se puede solicitar algunos exámenes cuando se sospeché una cefalea secundaria como cuadro hemático para descartar procesos infecciosos o anemia, glicemia para evaluar causas metabólicas, Velocidad de sedimentación globular o eritrosedimentación (VSG) en el caso de una arteritis temporal cuyo valor esperado estará elevado por encima de 40mm/h.¹⁶

Si se trata de un dolor atípico en presentación y se encuentra déficit al examen neurológico se debe considerar como criterio de remisión especializado para solicitudes de estudios neuroimagenológicos.¹⁶

2.2.2.5. Tratamiento

A. Tratamiento Médico

- **Tratamiento Sistémico.-** Debe iniciarse tras una correcta y completa información al paciente sobre su dolencia, encaminar a reducir el número de crisis, se indicara el tipo de tratamiento sintomático a seguir en cada uno de los episodios, atendiendo a la

duración, intensidad, y frecuencia de los mismos, y con un planteamiento individualizado y estratificado. El tratamiento sintomático deberá prescribirse siempre.¹²

A continuación se citan los principales grupos terapéuticos de interés para el tratamiento sintomático de la migraña:

- Uso de AINES.- (paracetamol 1000mg, aspirina 1000mg, ketorolaco 30mg, naproxeno 500 – 1000mg, ibuprofeno 600 – 1200mg, diclofenaco sódico 50 – 100mg) estos son eficaces al principio de la crisis o inducen poca cefalea de rebote.¹²
- Los analgésicos simples y los combinados con cafeína-codeína son los principales involucrados en nuestro medio en la cefalea crónica diaria con abuso de analgésicos, por ello es importante evitarlo salvo que el paciente controle sus crisis con ello y realizando una vigilancia estricta dirigida a evitar el abuso.¹²
- Uso de agonistas selectivos de los receptores 5 HT.- Triptanes (Sumatriptan: 50-100 mg vía oral. 6 mg vía subcutánea - 20 mg intranasal, Rizatriptan: 10 mg vía oral (V.O), Zolmitriptan: 5 mg V.O, Naratriptan: 2,5 mg V.O, Almotriptan: 12,5 mg v. o). Son eficaces en efectos tardíos, poca inducción de cefalea de rebote, disminuyen las náuseas y vómitos, no emplear junto con ergóticos por que potencian sus efectos secundarios cardiovasculares.¹²
- Uso de los medicamentos Ergóticos (Tartrato de ergotamina 1-2 mg, Dihidroergotamina 0,5-1 mg).- No tienen indicaciones de Novo, de modo que solo puede mantenerse en aquellos enfermos que los hayan tomado durante años con buena respuesta subjetiva. Elevado riesgo de tolerancia, dependencia, cefalea crónica diaria y cefalea de rebote, importantes efectos cardiovasculares.¹²

- **Tratamiento preventivo.**- Han de establecerse de modo individualizado cuando la frecuencia sea superior a tres crisis al mes, la intensidad sea grave con limitación muy importante de la vida ordinaria, los tratamientos sintomáticos no sean eficaces o produzcan efectos secundarios, el aura resulte incapacitante o el paciente no tolere psicológicamente los ataques. En las citadas circunstancias procede pautar un tratamiento preventivo cuyo objetivo será la reducción de la frecuencia de las crisis en al menos en un 50%. Para ello disponemos de dos grupos de fármacos. ¹²

- Betabloqueantes (Propranolol: 40-160 mg, Atenolol: 50-200 mg, Nadolol: 20-120 mg, Metoprolol: 100-200 mg, Timolol: 10-60 mg). ¹²
- Antagonistas de los canales del calcio (Flunarizina: 5 mg al día al acostarse, Nicardipino: 60 mg, Verapamilo: 80 mg). ¹²

B. Tratamiento Fisioterapéutico

El abordaje terapéutico de la cefalea debe ir precedido de un diagnóstico adecuado. Recordemos son el 90% de todas las cefaleas, la anamnesis y exploración física permiten al médico de Atención Primaria establecer un diagnóstico correcto, y por tanto, ha de ser este quién instaure el tratamiento. ^{9,12}

Información Al Paciente.- Como en todo proceso crónico, el tratamiento debe ir precedido sobre una correcta explicación al paciente sobre las características de su dolencia, sobre su naturaleza, el carácter recurrente de la misma. Que la “estabilidad de los aspectos físicos y psíquicos” es un factor importante en la evolución de la enfermedad. Por tanto se ha de recomendar mantener en lo posible regularidad en las comidas, sueño, etc. ^{9,12}

Que existen dos tipos de tratamiento (preventivo y abortivo), que el paciente debe conocer y que a pesar de ello, ha de ser siempre instaurado por el médico.^{9,12}

2.2.3. MIGRAÑA

2.2.3.1. Definición de Migraña

Es un trastorno constitucional, probablemente determinado genéticamente y desencadenado por múltiples factores: estrés, hormonas, sueño, clima, alimentos, ejercicio, alcohol, etc. En un 70 - 80% de los casos existen antecedentes familiares.¹³

Se trata de una cefalea recurrente primaria, más frecuente en la mujer (2:1), con episodios de dolor generalmente hemicraneales pulsátiles (aunque no siempre), con náuseas, vómitos, fotofobia y fonofobia que interfieren las actividades diarias y muchas veces se acompañan de síntomas neurológicos visuales, sensitivos, motores o del lenguaje, como manifestación de aura.¹³

La migraña se caracteriza por cefaleas periódicas, a menudo unilaterales, de tipo pulsátil, que se inicia en la infancia, la adolescencia o al principio de la edad adulta (80% antes de los 30 años) que recurren con frecuencia decreciente con el paso de los años. La relación mujer/hombre es de 3:1.¹⁶

2.2.3.2. Fisiopatología De La Migraña

Ante un desencadenante en una persona predispuesta, se pone en marcha una activación inicial del hipotálamo (n. supraquiasmático) dando lugar a los síntomas premonitorios. Se seguiría, de una disfunción neuronal propagada desde la corteza

occipital hacia delante (disminución del flujo cerebral) origen del aura migrañosa. Finalmente se activan los núcleos del tronco (locus ceruleus y n. del rafe) que ponen en funcionamiento el sistema trigémino-vascular que provoca una inflamación meníngea aséptica y vasodilatadora cerebral base del dolor migrañoso. ¹³

Desde hace mucho se conoce que la crisis de migraña es asociada con cambios sucesivos de la perfusión sanguínea en la zona craneal afectada. Al inicio, precediendo al dolor, se produce hipo perfusión, la cual en forma progresiva se transforma en híper perfusión, reactiva, por vasodilatación. ¹³

Este momento coincide con la aparición y desarrollo de la cefalea. Finalmente, pasadas varias horas la perfusión cerebral alterada vuelve a su nivel normal. Y desaparece la molestia. Durante las décadas pasadas se mantuvo la idea que tales variaciones en la perfusión obedecían a cambios en la concentración en la serotonina sanguínea durante la precipitación de la crisis, aunque no había una explicación convincente de los detalles del fenómeno. ¹³

Esta, llamada “teoría vascular” acerca del inicio del dolor de la migraña, en años recientes ha perdido credibilidad frente a una nueva teoría llamada neurovascular, cuyos aspectos esenciales deben ser destacados, por cuanto son el sustento racional del uso de algunos medicamentos vasoconstrictores usados para bloquear la crisis de migraña. En la teoría “neurovascular”, se otorga al sistema nervioso central, el rol crucial en la aparición y desarrollo de los mecanismos que ocasionan la crisis de migraña, sin olvidar desde luego la susceptibilidad genética que existe en esta patología. ¹³

Aunque no se conoce con exactitud el mecanismo neural que “dispara” e inicia la crisis de migraña, se piensa que estaría relacionado a la activación de un pequeño grupo neuronal ubicado en la parte central del mesencéfalo.³

2.2.3.3. Factores Desencadenantes de la Migraña

- Estrés (uno de los más frecuentes): estrés emocional, fatiga, esfuerzos físicos. ¹³
- Sueño: falta de sueño o dormir en exceso. ¹³
- Hormonas: ovulación, menstruación, anticonceptivos orales, tratamientos hormonales, embarazo, menopausia. ¹³
- Clima: muchos pacientes presentan crisis migrañosas en relación a cambios climáticos. ¹³
- Alimentos: en algunos enfermos, existe relación con chocolate, frutos secos, cítricos, quesos fermentados, alcohol (vino tinto), café, aditivos para comidas (glutamato, nitritos, mostazas, etc.). ¹³

2.2.3.4. Tipos De Migraña

La migraña como ya se dijo es un tipo de cefalea primaria y por consiguiente tiene las características clínicas del grupo, además de otros rasgos clínicos distintivos propios.³ A esto debe agregarse que en la actualidad se reconocen seis subtipos de migraña, siendo ellos:

A. Migraña Con Aura

En este tipo de migraña, los criterios para su diagnóstico son los mismos que los exigidos en la migraña común, con la diferencia que en esta variante, el episodio es

precedido de variados síntomas complejos, reversibles, llamados aura (aviso o anuncio), cuyas características se describen a continuación. ³

El diagnóstico de migraña con aura requiere cuando menos dos crisis de cefalea, precedidos de los fenómenos señalados en B, C y D. ³

- Aura consistente en al menos uno de los siguientes (no debilidad muscular). ³
- Síntomas visuales completamente reversibles, unos de características positivas como luces titilantes, manchas luminosas o líneas luminosas u otras negativas como pérdida de visión. ³
- Síntomas somato sensoriales completamente reversibles, unos con características positivas como hincadas o pinchazos y otros negativos como adormecimiento. ³
- Disfasia, transitoria, totalmente reversible. ³
- Al menos dos de los siguientes:
 - Síntomas visuales homónimos y/o síntomas sensoriales unilaterales.
 - Al menos un episodio de aura que evoluciona en casi 5 minutos y/o diferentes auras en sucesión cada 5 minutos.
- Cada aura dura más de 5 minutos, pero menos de una hora. ³
- Cefalea que cumple los criterios B - D de migraña sin aura. El dolor comienza durante el aura o aparece post aura, en un tiempo no mayor de 60 minutos. ³
- La cefalea no puede ser atribuida a otra afección. ³

La descripción precedente, en sentido estricto, corresponde a la denominada migraña típica con aura, que es el síndrome más común entre los varios tipos reconocidos de migraña con aura, estos últimos únicamente serán citados a continuación, debido a

su relativa escasez en la consulta médica cotidiana.³ No obstante, quienes tengan interés en conocer más sobre los mismos, pueden consultar las varias veces mencionada publicación de la IHS:

- Aura típica con cefalea no migrañosa.
- Aura típica sin cefalea.
- Migraña hemipléjica familiar.
- Migraña hemipléjica esporádica.
- Migraña retiniana
- Migraña de tipo basilar (migraña de la arteria basilar).

B. Migraña Sin Aura

El nombre deviene del hecho que algunas migrañas son precedidas de sensaciones mayormente visuales llamadas auras (aviso), en tanto que otras no, es decir ocurren sin aura. La migraña común es cuando menos tres veces más frecuente que la migraña con aura.¹¹ Los criterios requeridos (IHS) para diagnóstico de migraña sin aura son los siguientes:

- Cuando menos 5 ataques de cefalea que cumplen lo señalado desde la segunda a la tercera.
- Cada ataque dura entre 4 y 72 horas (con terapia ineficaz o ausente)
- Dolor con al menos 2 de las siguientes características
- Localización unilateral.
- Calidad pulsátil.
- Dolor de intensidad moderada a severa.

- Causado o agravado por la actividad física rutinaria (caminar o subir escaleras, etc.).
- Presencia durante la cefalea a alguno de los siguientes síntomas:
- Náusea y/o vómito
- Fotofobia y sonofobia
- La cefalea no es atribuible a otra enfermedad.

Los episodios dolorosos de la migraña sin aura o con aura, suelen empezar en la región frontal y temporal, de un lado o mitad del cráneo, de allí su descriptivo nombre, derivado de las palabras: griega hemikraneia, latina hemigranea y francesa migraine (jaqueca es la denominación árabe de la migraña). El dolor no obstante, a veces, puede empezar bilateralmente o extenderse de un lado a todo el cráneo. Al inicio la cefalea es de poca intensidad y aproximadamente después de una hora, el dolor alcanza su grado máximo, el cual en ese momento es catalogado, salvo excepciones, como de tipo latido y cuya intensidad es catalogada usualmente por el paciente como alta, agregándose a ello su frecuente cualidad pulsátil (En escalas de evaluación subjetiva, de cero para la ausencia de dolor, hasta 10 en caso de dolor intolerable, los pacientes generalmente dan la calificación entre 7 y 9).¹¹

La frecuencia de ataques varía en diferentes pacientes. Cuando ocurren menos de una vez al mes se habla de migraña infrecuente o esporádica. Si ellos ocurren de 1 a 15 veces al mes se califica de migraña frecuente y finalmente si los episodios dolorosos se repiten más de 15 veces al mes, durante tres meses, se recomienda usar dos denominaciones, migraña crónica y migraña sin aura.¹¹

El motivo por el cual se exige, como un requisito del diagnóstico de migraña sin aura, que la persona haya tenido cuando menos 5 episodios dolorosos, es asegurar el diagnóstico diferencial con otras cefaleas primarias, tomando en cuenta la posible similitud de las molestias en cada crisis, De no llegar a 5 episodios sufridos por el paciente, es correcto usar el diagnóstico de posible o probable migraña sin aura.¹¹

Los ataques de migraña en los niños duran entre 1 y 72 horas y el dolor con mayor frecuencia es bilateral. En cambio a partir de la adolescencia predomina el dolor unilateral y su duración es entre 4 y 72 horas.¹¹

Finalmente, debe remarcar que en el diagnóstico de migraña bastan dos de las características clínicas, pero lo más frecuente es que el paciente refiera más de cuatro, siendo entre ellas casi infaltables, la gran intensidad del dolor y el agravamiento del dolor con la actividad física o esfuerzos habituales.¹¹

C. Migraña Retiniana

Se caracteriza por episodios de disturbios visuales, recurrentes y monoculares, asociados a cefalea migrañosa. El paciente puede referir la aparición de zonas luminosas en el campo visual afectado o en defecto escotomas y/o ausencia de visión.¹¹

D. Migraña Oftalmológica

Ataques repetidos de dolor generalmente unilateral frontoorbitario o hemicraneales al que se asocia parécia de uno o más pares craneales oculomotores en ausencia de lesión intracraneal demostrable.¹³

- Al menos 2 ataques que cumplan el punto la siguiente característica.
- Cefalea que coincide en el tiempo con parécia de uno o más pares oculomotores (III, IV y VI).

- Descartar mediante investigaciones apropiadas, otras causas de Oftalmoplejia dolorosa.

Esta entidad presenta un perfil claramente diferente de la migraña. La duración de la cefalea puede llegar incluso a 1 semana, por lo que muchos autores se cuestionan si realmente es una cefalea migrañosa.¹³

2.2.3.5. Complicaciones De La Migraña

a) Estatus Migrañoso

Ataque de migraña que dura más de 72 horas a pesar de tratamiento, pudiendo existir intervalos sin cefalea inferiores a 4 horas (excluyendo el período de sueño).¹³

b) Infarto Migrañoso

La migraña se acompaña de uno o más síntomas de aura que cumplen uno de los siguientes criterios:¹³

- Que no revierten completamente en 7 días
- Se asocian a infarto isquémico confirmado por neuroimágen.
- Ambos hechos.

2.2.3.6. Clasificación De La Migraña

A. Migraña Crónica

Se usa esta denominación cuando los episodios de dolor migrañoso, ocurren 15 o más veces al mes, por más de tres meses, y la persona no tiene ninguna otra enfermedad

causal, ni está haciendo sobre uso de medicación alguna, para eliminar las crisis de dolor de cabeza. ¹¹

B. Estado Migrañoso

Se justifica este diagnóstico cuando la crisis de dolor dura más de 72 horas en forma continua. Se excluye si el dolor desaparece durante la noche o cuando hay evidencias de sobre uso de analgésicos. ¹¹

C. Aura Persistente Sin Infarto

Cuando los síntomas compatibles con aura migrañosa duran más de una semana y el paciente no tiene síntomas clínicos ni radiográficos de infarto cerebral. ¹¹

D. Infarto Migrañoso

Puede ocurrir en pacientes que tienen aura migrañosa, única o recurrente, cuya duración sobrepasa a los 60 minutos. El diagnóstico del infarto cerebral consecutivo, debe ser verificado con estudios radiológicos. Existe la posibilidad, aunque no la evidencia definitiva, que la presencia de migraña aumenta el riesgo de desarrollar enfermedad vascular cerebral. ¹¹

E. Migraña Que Inicia Una Crisis Epiléptica

Ocasionalmente algunos pacientes que tienen migraña con aura, presentan una crisis epiléptica, durante o inmediatamente después del ataque de cefalea. ¹¹

2.2.3.7. Tratamiento

A. Agonistas del receptor de serotonina 1 (5-HT1)

Son un grupo de sustancias conocidas con el nombre de triptanos. Se usan mayormente para controlar las crisis dolorosas de intensidad moderada a intensa. Ejercen un doble efecto antimigrañoso, vasoconstrictor actuando selectivamente sobre los receptores vasculares 5-HT1B y antiinflamatorio por su acción en los receptores 5-HT1D de los filetes nerviosos. Se utiliza el sumatriptan, habiéndose sumado posteriormente el zolmitriptan, rizatriptan, naratriptan, eletriptan, frovatriptan y la combinación entre el sumatriptan y el naproxeno. El mejor efecto farmacológico se logra cuando la sustancia es tomada al inicio de la crisis y si transcurridas dos horas el dolor no ha desaparecido o cuando menos disminuido al 50% de su intensidad inicial, se puede agregar otra dosis similar del medicamento. ¹¹

B. Alcaloides Ergotamínicos

Son fármacos son utilizados hace muchos años para frenar las crisis de migraña. Ejercen su efecto como agonistas no selectivos 5-HT1 y por consiguiente tienen acciones sobre otros receptores del organismo, provocando por tal mayor trastorno indeseable que los triptanos, incluyendo dependencia al fármaco y aún adicción. No obstante, debido a su eficacia son utilizados para bloquear las crisis de migraña de moderada a gran intensidad. Estas drogas no son recomendadas en las crisis de migraña con aura y asimismo pueden resultar peligrosas en mujeres gestantes, personas con hipertensión arterial, con afecciones coronarias o con enfermedades vasculares periféricas. Existen dos preparados ergotamínicos, el tartrato de ergotamina y la dehidroergotamina, ambos

tienen similar mecanismo de acción, pero el segundo de ellos tiene mayor eficacia y menores efectos adversos.¹¹

C. Agentes antiinflamatorios no esteroideos (AINE)

Estos compuestos ejercen su acción analgésica bloqueando a la enzima ciclo oxigenasa (COX), causando por este mecanismo, la disminución de la síntesis de prostaglandina, con lo cual se reduce la activación de los receptores de dolor en la zona inflamada. Usualmente, se recomiendan en las crisis de migraña con dolor de leve a moderado, aunque muchos pacientes con dolor muy intenso se alivian de modo suficiente con estas sustancias. Además del ketoralaco son también útiles otros AINE como el ibuprofeno, ketoprofeno y naproxeno. Los efectos adversos comúnmente asociados a la administración aguda de estos fármacos son náuseas, mareos, dispepsia, dolor abdominal y en forma excepcional, en personas susceptibles, sangrado del tracto gastrointestinal.¹¹

Finalmente, reiteramos que el episodio de migraña, no sólo se caracteriza por dolor de cabeza. En asociación, durante la crisis hay otros síntomas y signos tales como náusea, vómito, anorexia, palidez, bostezos etc. los cuales están aparentemente relacionados al aumento de la actividad de la dopamina, ya que ellos son atenuados por los fármacos antagonistas dopaminérgicos.¹¹

2.2. Antecedentes De La Investigación

- En México, Guadalajara se realizaron un estudio etiopatogénico de la cervicalgia en la población general basado en la exploración, donde la asistencia fisioterápica a las

dolencias de la columna cervical surge el diseño de este estudio prospectivo. Para ello, de entre 289 pacientes visitados en el periodo de 12 meses, fueron seleccionados aquellos casos de dolor cervical, independientemente de su etiología. El número total fue de 95 personas como resultado demostraron en 60 mujeres (63%) y 35 hombres (37%).¹⁸

- El hospital García Orcoyen en España, realizaron un estudio prospectivo observacional en pacientes que acudieron por dolor cervical/lumbar y que modificaron una serie de ejercicios en grupo. Utilizaron instrumento de medida para valorar el dolor y discapacidad fue el cuestionario Von Korff del dolor lumbar, realizándose una adaptación del mismo para el dolor cervical. Análisis estadístico: test no paramétrico de Wilcoxon, tomándose muestra en 273 pacientes (176 cervicalgias y 97 lumbalgias): 198 mujeres y 75 hombres. Edad media: 48,5 (20-81). La valoración subjetiva de los pacientes tratados en grupo mejoró en 72 pacientes con cervicalgia y en 33 pacientes con lumbalgia. El dolor post-tratamiento fue significativamente mejor que el pre-tratamiento en ambos grupos. Su influencia en las actividades de la vida diaria no alcanzó significación estadística. La percepción de la información recibida fue positiva en el grupo cervical.¹⁹

- En España la Universidad de Murcia realiza un estudio donde el objetivo del presente estudio es evaluar la relación existente entre variables de personalidad y bienestar en pacientes diagnosticados de cervicalgia. Los resultados indican que la mitad de los sujetos de la muestra tiene una estructura de personalidad desadaptativa, con un claro perfil "neurótico". El 61,9% de los participantes muestra una estructura de personalidad inapropiada para tener éxito laboral. Así mismo, el 49,1% perciben claramente un malestar psicológico que se focaliza en la presencia de síntomas somáticos. El perfil de personalidad "neurótica" y la presencia de cuadros depresivos se

relacionan con la recurrencia de los cuadros cervicálgicos. Con respecto a la prevención, los resultados sugieren que la evaluación y el tratamiento de aspectos psicopatológicos serían importantes para reducir las bajas laborales, minimizar su duración y evitar las recurrencias.²⁰

- En México se realizó un estudio donde el objetivo era detectar los signos y síntomas clínicos del Síndrome de Dolor Miofascial (SDM) cervical con Síndrome de Salida Torácica (SST). Su método se basó en pacientes del Hospital General de México con datos clínicos de Síndrome de Dolor Miofascial (SDM) cervical y Síndrome de Salida Torácica (SST) con un mínimo de 3 criterios de Simons. Como resultados de un total de 437 pacientes evaluados en 16 meses con diagnóstico de DMC, en 43 (9.83%) se asociaron a un Síndrome de Salida Torácica (SST); todos los pacientes presentaron dolor cervical con puntos gatillo y/o bandas fibrosas en escalenos medio y anterior y/o en pectoral menor; en el 100%, parestesias en al menos una extremidad torácica, el 52% lo refirió al territorio del nervio ulnar. No se encontraron alteraciones en el electrodiagnóstico. Conclusión: El Dolor Miofascial Cervical (DMC) se asocia a Síndrome de Salida Torácica (SST) en un 9.83% en pacientes.²¹

- En Chile se publicó un artículo donde se manifiesta que el dolor cervical es un motivo de consulta frecuentemente en atención médica primaria. Este artículo se enfoca una estrategia de estudio para los médicos de atención primaria y médicos internistas, que reciben al 56% de las primeras consultas por cervicalgia. De la información nacional se destaca que el dolor músculo-esquelético se observa entre 14% y 23% de la población adulta; el 8% corresponde a la columna vertebral y el 4%, a la cervicalgia músculo-esquelética intrínseca.²²

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo De Investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo de corte transversal.

3.2. Diseño De Investigación

Esta investigación responde al diseño no experimental, de corte transversal porque se tomó los datos en un solo tiempo.

3.3. Población Y Muestra De La Investigación

3.3.1. Población

La población estuvo conformada por 25 pacientes con diagnóstico de cervicalgia y migraña que acudan al Hospital en la unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital IV Víctor Lazarte Echeagaray – ESSALUD

3.3.2. Muestra

Al ser la población pequeña el estudio estuvo aplicado la muestra a toda la población. Está conformada al 100% de la población de los pacientes con cervicalgia que fueron informados con el consentimiento informado y encuesta.

Criterios De Inclusión

- Pacientes de sexo femenino y masculino
- Edad promedio: de 20 a 50 años.
- Todos con antecedentes de Cervicalgia y Migraña.

- Todos los pacientes que cumplan los criterios de sintomatologías.
- Pacientes de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray – ESSALUD
- Todo paciente que acepte firmar el consentimiento informado.

Criterios De Exclusión

- Se excluyó a todos los pacientes que no reúnan los criterios de sintomatologías.
- Que no deseen participar de la investigación.
- Personas mayores de 50 años.
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.

3.4. Variables, Dimensiones E Indicadores

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
CERVICALGIA	Dolor.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No dolor = 0 ✓ Leve = 1 - 2 ✓ Moderado = 3 - 6 ✓ Intenso = 7 - 8 ✓ Severo = 9 - 10 	EVA (Escala Visual Análoga)
	Rigidez articular	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderado • Severo 	Test Goniométrico

MIGRAÑA	Prevalencia	<ul style="list-style-type: none"> - Impacto importante: 56 – 59 puntos. - Cierta impacto: 50 – 55 puntos. - Poco o ningún impacto: de 49 o menos puntos. 	Escala de Impacto del Dolor de Cabeza (HIT – 6)
	Intervalos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mínima = Sin limitación Funcional (0 – 5 puntos). ✓ Ligera = Limitación de invalidez (6 - 10 puntos). ✓ Moderada = Impacto leve (11 - 20 puntos). ✓ Grave = Impacto moderado (>21 puntos). ✓ Severo = Impacto severo (> 48 puntos). 	Escala de Evaluación de la Migraña o Migraine Disability/ Assessment Score (MIDAS)

3.5. Técnicas E Instrumentos De La Recolección De Datos

3.5.1. Técnica

Las técnicas que se utilizaron en la investigación son:

- **Entrevista personal.-** Se desarrolló mediante la comunicación oral permitiendo conocer más de la persona, se utilizó la ficha de datos donde recopile lo necesario como: nombre y apellidos, edad, fecha de nacimiento, procedencia y antecedentes.
- **Encuestas aplicas respectivamente.-** Se empleó dos métodos de evaluación: el primero fue dirigido para evaluar el dolor mediante la Escala Visual Análoga

(cuántica y figurativa), el segundo que se empleo fue la Escala de Impacto del dolor de cabeza (HIT – 6) para clasificar a los pacientes con migraña y como tercera evaluación que se empleo fue la Escala De La Migraña O Migraine Disability/ Assessment Score (MIDAS) donde valora la frecuencia y severidad de las cefaleas en general en los últimos tres meses.

- **Exámen físico exploratorio.-** Se realizó el exámen mediante las medidas evaluadas en flexión, extensión, inclinación y rotación de la cervical empleando el goniómetro e intervalos presentados en el test goniométrico.
- **Estadística.-** Se utilizó durante el proceso de análisis inferencial para poder encontrar significatividad los resultados.

3.5.2. Instrumento

3.5.2.1. Ficha Con La Escala De EVA

Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma.

En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad; con ello se clasifico el dolor en 5 intervalos: NO dolor (0), leve dolor (1 – 2), moderado dolor (3 – 6), intenso dolor (7 – 8) y severo dolor (9 – 10). Se pidió al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se midió con una regla cuantitativa. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros del 0 al 10.

3.5.2.2. Goniómetro de la Cervical

El balance articular en el cuello se podrá realizar a dos niveles:

A) Globalmente: valorando el movimiento de todas las vértebras cervicales a la vez siendo realmente el que vamos a realizar.

B) Por Partes: existe la posibilidad de realizar las mediciones por separado:

- Región cervical alta: formada por las tres primeras vértebras cervicales y la articulación atlooccipital.
 - Región cervical baja: formada desde la 4^a a la 7^a vértebra cervical.
- **Flexión Del Cuello:** (desde el punto de vista global) La primera parte del movimiento de la flexión del cuello la realiza la región cervical baja mientras que la última parte se realiza con la zona cervical alta. Para realizar el movimiento con la parte cervical alta consiste en el acto de "sacar papada". El paciente estuvo en decúbito supino y en esa posición se mandó hacer la flexión de cuello llevando la barbilla al pecho. La medición es centimétrica y se valoró la distancia que va desde el borde inferior del mentón o barbilla hasta la parte superior y central del manubrio esternal. La boca tiene que estar cerrada. Hay que evitar las compensaciones con la zona dorsal del tronco (flexiones) para lo cual en ningún momento el paciente podrá levantar los hombros ni el tronco. Para realizar la medición de forma pasiva se pudo colocar al paciente en decúbito supino pero con el cuello fuera de la camilla y con una mano realizo la flexión del cuello y una vez hecha, sujetas su cabeza con la barriga y de tal forma dejamos las dos manos libres para medición centimétrica. También se pudo hacer colocando al paciente en sedestación pero en una silla con un respaldo alto y firme en la zona dorsal del tronco en contacto con el respaldo para evitar compensaciones. Dejamos caer la cabeza y el propio peso hace de forma pasiva se produzca el movimiento. ²³

- **Extensión Del Cuello:** se puede hacer en decúbito supino, sedestación o en decúbito lateral.

- ✓ Decúbito supino: con el cuello y la cabeza por fuera la camilla. En esta edición al estar el tronco en contacto con la camilla evitamos compensaciones de extensión del tronco. La medición fue pasiva ya que la cabeza hace de peso. Si hay patología asociada suele ser una posición que conlleva miedo y contracciones musculares hacia ese movimiento.
- ✓ Sedestación: sobre una silla con respaldo firme para fijar la zona dorsal. La medición fue pasiva porque dejamos caer la cabeza hacia atrás pero no conlleva miedo por parte del paciente.
- ✓ Decúbito lateral: colocamos al paciente en decúbito lateral y le dejamos que mueva la cabeza. Este movimiento es de forma activa. El fisioterapeuta se puso de espaldas al paciente fijando con su cuerpo la zona dorsal de la columna del paciente para evitar compensaciones. Todas estas son mediciones centimétrica que valoran la distancia de la parte inferior del mentón a la parte superior y central del manubrio esternal.²³

- **Inclinaciones Laterales De Cuello:** de forma activa colocamos al paciente en decúbito supino y le decimos que intente tocar el hombro con la oreja correspondiente respetando el plano frontal. El hecho de que el tronco está apoyado sobre la camilla hace que no se produzcan inclinaciones laterales como compensación. Hay que tener cuidado con las elevaciones del hombro como compensación. Se hace una medición centimétrica y se mide la distancia entre el trago de la oreja hasta el borde lateral y

externo del acromion. Si el movimiento es muy amplio se valora en función de los dedos que quedan por llegar. ²³ Si la medición es de forma pasiva tenemos dos opciones:

- ✓ Decúbito supino: con el cuello y la cabeza por fuera de la camilla. Movemos la cabeza con la mano y luego sujetamos con la barriga la posición que hemos logrado y realizamos la medición. No se tiene que fijar el hombro contralateral porque lo que haríamos es un estiramiento de las fibras del trapecio contralateral con lo que produciríamos una insuficiencia muscular funcional pasiva por el sobre estiramiento del músculo contrario.
- ✓ Sedestación: apoyando la espalda en un respaldo alto y firme para fijar el tronco dejando caer la cabeza con el propio peso de ésta.

• **Rotaciones Del Cuello:** se puede hacer tanto de forma centimétrica como de forma goniométrico. Si es de forma centimétrica se realiza de la siguiente manera:

- ✓ Decúbito supino: pedimos que haga la rotación respetando el plano horizontal de movimiento y que no se ayude de una pequeña flexión. La medición es centimétrica y se mide desde el borde inferior del mentón hasta el borde lateral y externo del acromion (con la boca cerrada).
- ✓ Sedestación: se realiza de la misma forma a salvo que la silla tiene que tener un respaldo firme y alto para evitar las rotaciones de tronco.
- ✓ Si la medición es goniométrico el paciente se coloca en sedestacion con las mismas condiciones de antes. El fisioterapeuta se coloca detrás del paciente teniendo una visión superior.
- ❖ Centro goniométrico: encima de la cabeza en el punto medial del cráneo.

- ❖ Rama fija: plano sagital (hacia delante y paralela al suelo).
- ❖ Rama móvil: siguiendo el plano medio de la nariz.

3.5.2.3. Evaluación

3.5.2.3.1. Escala de Impacto del Dolor de Cabeza (HIT – 6)

La evaluación del Impacto del Dolor de Cabeza (HIT) se empleó esta herramienta para medir el impacto que los dolores de cabeza tienen en su capacidad para funcionar en el trabajo, la casa, la escuela y en situaciones sociales. Su puntuación le muestra el efecto que los dolores de cabeza tienen en la vida diaria normal y en su capacidad para funcionar. HIT fue desarrollado por un equipo internacional de expertos en dolores de cabeza de neurología y de medicina de cuidados primarios en colaboración con los psicólogos quienes desarrollaron la herramienta de valoración de la salud SF-36.²⁴ Si los resultados de la puntuación son mayor a 50, se toma como consideración mayor por los dolores de cabeza que están alterando su vida y podría resultar migraña. En las valoraciones que arroja como resultado se consideró tres tipos de impactos:

- **IMPACTO IMPORTANTE.-** La puntuación entre 56-59.

Los dolores de cabeza en las que se presenta con fuerte frecuencia son de impacto importante en la vida de las personas con cefalea. Como resultado puede presentar dolor severo y otros síntomas como vértigo y náuseas, ocasionando que pierda la oportunidad de desarrollarse en su entorno familiar, el trabajo, la escuela o en actividades sociales.²⁴

- **CIERTO IMPACTO.-** La puntuación entre 50-55.

Las cefaleas que presenta durante sus actividades de vida diaria presentan cierto impacto en su vida. Ocasiona limitación al desarrollarse con su entorno.²⁴

- **POCO O NINGÚN IMPACTO.-** La puntuación de 49 o menos.

La frecuencia en la que se presenta los dolores de cabeza no influyen mucho teniendo poco o ningún impacto en su vida en ese momento. Permite continuar con sus actividades sin causar limitación o impedimento para completar las tareas.²⁴

3.5.2.3.2. Evaluación de la Migraña o Migraine Disability/ Assessment Score (MIDAS)

Lo público Ware en el año 2000 consta de 6 preguntas, pues valora la frecuencia y severidad de las cefaleas en general en los últimos tres meses. Hace hincapié en la frecuencia de las formas severas de cada cefalea, de si esta le impide realizar las labores de casa, trabajo o escuela, si precisa acostarse, del cansancio o irritabilidad o dificultad de concentración en el último mes (Ware et al, 2000).²⁵

Las respuestas que se cuantifico en: Nunca (0 puntos), Casi nunca (5 puntos), A veces (10 puntos), Siempre (20 puntos). Con 48 puntos o menos nos hay limitación funcional, con 50 inicio de la limitación de invalidez, entre 50 – 54 hay un impacto leve, 55 – 68 impacto de invalidez moderado, más de 60 impacto de invalidez severo.²⁵

3.5.3. Procedimiento

- Se solicitó permiso al jefe de servicio de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital IV Víctor Lazarte Echeagaray – ESSALUD. Mediante solicitud sellada por la dirección de escuela de Tecnología Médica de la UAP.

- Se recepcionó a los pacientes dentro del ambiente de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación para proceder con la entrevista y posteriormente la evaluación.
- Se les entregó a los pacientes el formato de consentimiento para participar de la investigación y se les explicó en que consiste la misma.
- Iniciaremos con el llenado de la ficha de datos, como consiguiente usaremos las fichas de evaluación.
- En ropa adecuada se procedió con la evaluación goniometría para detectar los niveles de rigidez que presenten en sus diversos movimientos anatómicos.
- Se entregó su diagnóstico a cada paciente luego de la evaluación.
- Se entregó los resultados de la investigación a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital IV Víctor Lazarte Echeagaray – ESSALUD.

3.6. Método De Análisis De Datos

Para el presente estudio y análisis de los datos se utilizó el software SPSS Versión 20. Se realizó un análisis cuantitativo de los resultados que se obtuvieron por este sistema; después de haber aplicado nuestros instrumentos para evaluar nuestras variables de estudio.

4. RESULTADOS ESTADÍSTICOS

4.1. Resultados

4.1.1. Características de la Edad de la muestra.

Tabla N° 01: Edad de la muestra

N°	Válido	25
	Perdidos	0
Media		38.04
Moda		48
Desviación estándar		9.316
Mínimo		20
Máximo		50

Tabla N° 01. La muestra tomada por 25 pacientes sobre la prevalencia de la cervicalgia asociada a la migraña en la Unidad de Medicina Física y rehabilitación del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray – Trujillo, presenta una edad promedio de 38 años, con la desviación estándar de 9.316 y un rango de edad que se presenta de 20 a 50 años.

4.1.2. Características de la frecuencia en el Sexo

Tabla N° 02: Frecuencia y porcentaje de la característica por Sexo

Sexo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	M	9	36,0	36,0	36,0
	F	16	64,0	64,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Tabla N° 02. Nos establece el nivel de riesgo por sexo en pacientes con prevalencia de la cervicalgia asociada a la migraña, pertenece en un porcentaje mayor de 64% en las

mujeres (16) y un 36% de los varones (9) en la Unidad de Medicina Física y rehabilitación del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray – Trujillo.

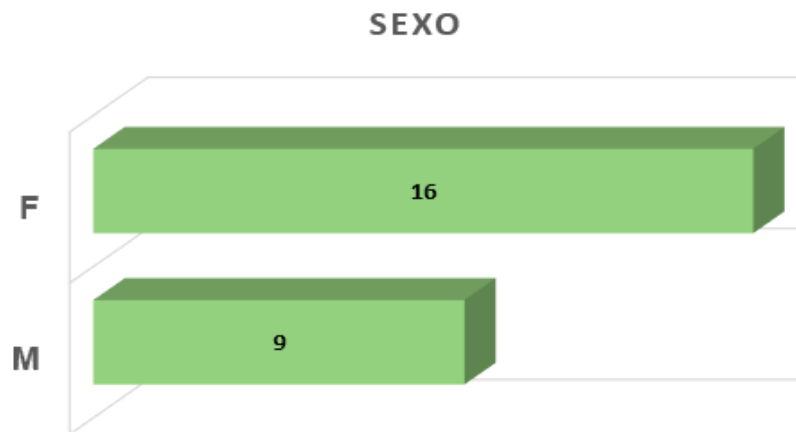


Figura N°01. Frecuencia y porcentaje de la característica por Sexo

Figura N° 01.- el porcentaje nos muestra la predominancia de la frecuencia en las mujeres (16 pacientes) en la muestra tomada de 25 pacientes.

4.1.3. Características del dolor de la cervical según E.V.A

Tabla N° 03: Frecuencia y porcentaje de la característica del dolor de la cervical con la Escala Visual Análoga (EVA)

		E.V.A.			
		Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin dolor	0	0	0	0
	Leve	2	8	8,0	8,0
	Moderado	5	20	20,0	28,0
	Intenso	10	40	40,0	68,0
	Severo	8	32	32,0	100,0
	Total	25	100	100,0	

Tabla N° 03. Mediante la Escala Visual Análoga (E.V.A) nos da a conocer el mayor porcentaje en la escala del dolor Intenso con 40% con 10 pacientes, mínimo porcentaje al 8% en la escala del dolor Leve con 2 pacientes y sin porcentaje en la evaluación en la escala sin dolor tomadas a los 25 pacientes en la investigación sobre la prevalencia de la cervicalgia asociada a la migraña en la Unidad de Medicina Física y rehabilitación del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray – Trujillo.

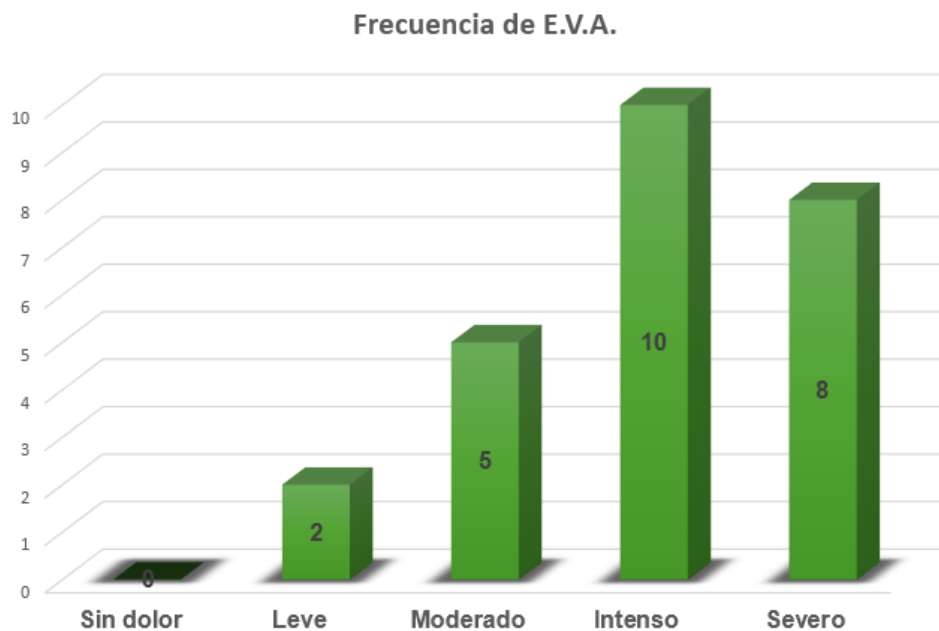


Figura N°02. Frecuencia y porcentaje de la característica del dolor de la cervical con la Escala Visual Análoga (EVA)

Figura N° 02. Según la frecuencia del resultado de E.V.A. 10 pacientes presentan dolor intenso, 8 dolor severo, 5 dolor moderado y solo 2 leve dolor.

4.1.4. Resultados de la Investigación de la Cervicalgia según MIDAS

Tabla N° 04: Frecuencia y porcentaje de la característica de la cervicalgia con la Evaluación De La Migraña O Migraine Disability/ Assessment Score (MIDAS)

MIDAS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin Limitación	4	16,0	16,0	16,0
	Inicio de limitación invalidez	5	20,0	20,0	36,0
	Impacto leve	2	8,0	8,0	44,0
	Impacto Invalidez Moderado	8	32,0	32,0	76,0
	Impacto Invalidez Severo	6	24,0	24,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Tabla N° 04. Nos describe la mayor frecuencia el Impacto de invalidez moderado con 08 pacientes y de menor frecuencia al Impacto leve con 02 pacientes, según la Evaluación de MIDAS realizada a los 25 pacientes en la Unidad de Medicina Física y rehabilitación del Hospital Víctor Lazarte Echegaray – Trujillo.

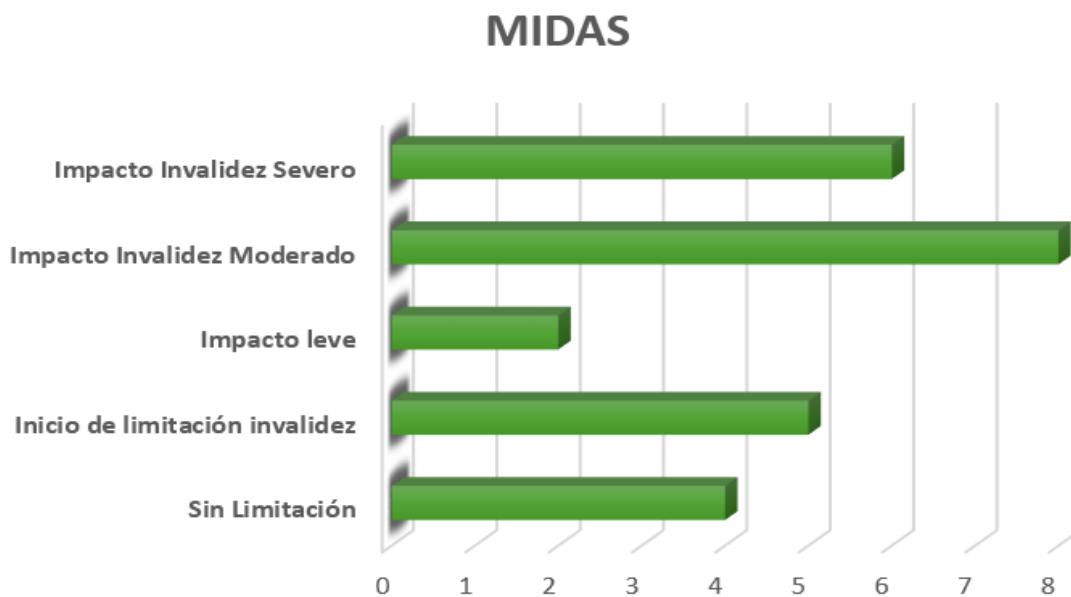


Figura N° 03: Frecuencia y porcentaje de la característica de la cervicalgia con la Evaluación De La Migraña O Migraine Disability/ Assessment Score (MIDAS)

Figura N° 03. El grafico nos muestra que presenta mayor frecuencia de 8 pacientes el Impacto de invalidez moderado, 6 pacientes presentan Impacto de invalidez severo, 5 pacientes Inicio de limitación de invalidez, 4 pacientes no presentan limitación y solo 2 pacientes presentan un impacto leve.

4.1.5. Características de la Cervicalgia según HIT – 6

Tabla N° 04: Frecuencia y porcentaje de la característica de la cervicalgia con la Escala de Impacto del dolor de cabeza (HIT – 6)

HIT – 6					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Poco Impacto	6	24,0	24,0	24,0
	Cierto Impacto	6	24,0	24,0	48,0
	Impacto Importante	13	52,0	52,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Tabla N° 04. Nos establece en la Escala de Impacto del dolor de cabeza (HIT – 6) tomada en los 25 pacientes la frecuencia presentada con mayor porcentaje en 52% en el Impacto Importante con 13 pacientes y en porcentaje similar del 24% en Poco y cierto impacto con 6 pacientes correspondientes en la investigación sobre la prevalencia de la cervicalgia asociada a la migraña en la Unidad de Medicina Física y rehabilitación del Hospital Víctor Lazarte Echegaray – Trujillo.

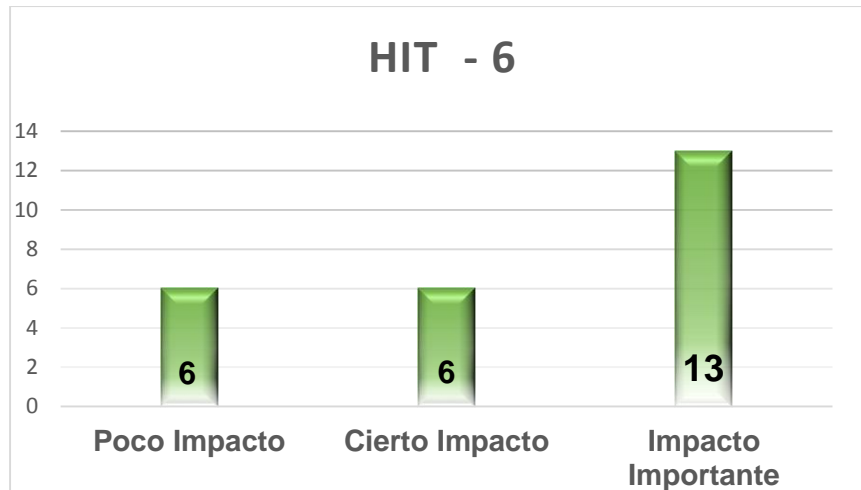


Figura N° 04: Frecuencia y porcentaje de la característica de la cervicalgia con la Escala de Impacto del dolor de cabeza (HIT – 6)

Figura N° 04. Encontramos en la Escala de Impacto del dolor de cabeza (HIT – 6) que 13 pacientes presentan un impacto importante, datos iguales de 6 pacientes cada uno presenta cierto y poco impacto del dolor.

4.1.6. Prevalencia asociada a la migraña (E.V.A - MIDAS)

Tabla N° 06: Frecuencia de la prevalencia asociada a la migraña con la Escala Visual Análoga (EVA) y Evaluación De La Migraña O Migraine Disability/ Assessment Score (MIDAS)

		MIDAS					Total
		Sin Limitación	Inicio de limitación invalidez	Impacto leve	Impacto Invalidez Moderado	Impacto Invalidez Severo	
E.V.A.	Leve	2	0	0	0	0	2
	Moderado	2	2	0	1	0	5
	Intenso	0	3	2	4	1	10
	Severo	0	0	0	3	5	8
Total		4	5	2	8	6	25

Tabla N° 06. Nos da a conocer la mayor prevalencia del dolor asociado con las escalas E.V.A. y MIDAS, muestra que el Impacto de Invalidez Severo con la Escala del dolor Severo que registra con 5 pacientes, como mínimo resultado la frecuencia de 02 pacientes sin limitación con leve dolor y también con dolor moderado 02 pacientes.

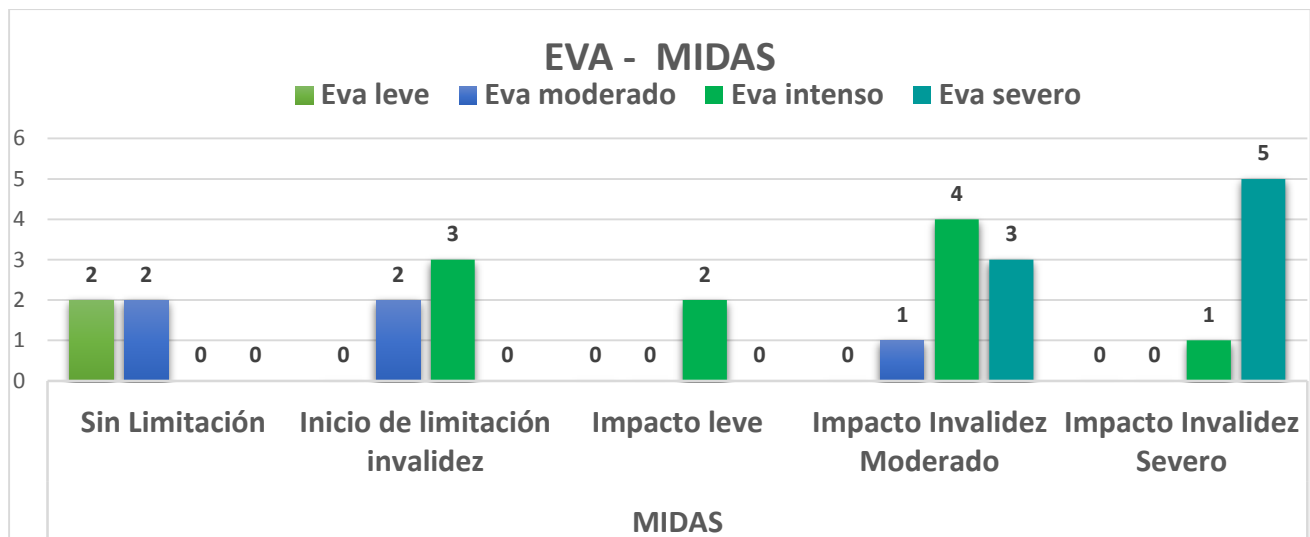


Figura N°05. Frecuencia de la prevalencia asociada a la migraña con la Escala Visual Análoga (EVA) y Evaluación De La Migraña O Migraine Disability/ Assessment Score (MIDAS)

Figura N° 05. En el cuadro nos muestra que 2 pacientes presentan leve dolor sin limitación, 2 pacientes presentan dolor moderado sin limitación; en el inicio de limitación de invalidez 2 pacientes con dolor moderado y 3 con dolor intenso; con impacto de invalidez moderado presentan 1 paciente dolor moderado, 4 pacientes dolor intenso y 3 con dolor severo; en el impacto de invalidez severo solo 1 paciente presenta dolor intenso y 5 pacientes dolor severo siendo el de mayor frecuencia.

4.1.7. Niveles de la cefalea asociada a la migraña (HIT – 6 - MIDAS)

Tabla N° 07: Frecuencia de los niveles de cefalea asociada a la migraña, la comparación de la Escala de Impacto del dolor de cabeza (HIT – 6) con la Evaluación De La Migraña O Migraine Disability/ Assessment Score (MIDAS)

		MIDAS					Total
		Sin Limitación	Inicio de limitación invalidez	Impacto leve	Impacto Invalidez Moderado	Impacto Invalidez Severo	
HIT - 6	Poco Impacto	4	1	0	1	0	6
	Cierto Impacto	0	3	2	1	0	6
	Impacto Importante	0	1	0	6	6	13
Total		4	5	2	8	6	25

Tabla N° 07. Nos establece la frecuencia del nivel de la cefalea asociada a la migraña con la comparación de la tabla cruzada de la Evaluación De La Migraña O Migraine Disability/ Assessment Score (MIDAS) presentando como mayor resultado de 06 pacientes entre el Impacto de Invalidez severo y moderado con un Impacto Importante en la Escala de Impacto del dolor de cabeza (HIT – 6). Mínimo resultado en el nivel de cefalea con 04 pacientes sin limitación y teniendo poco impacto según el HIT -6.

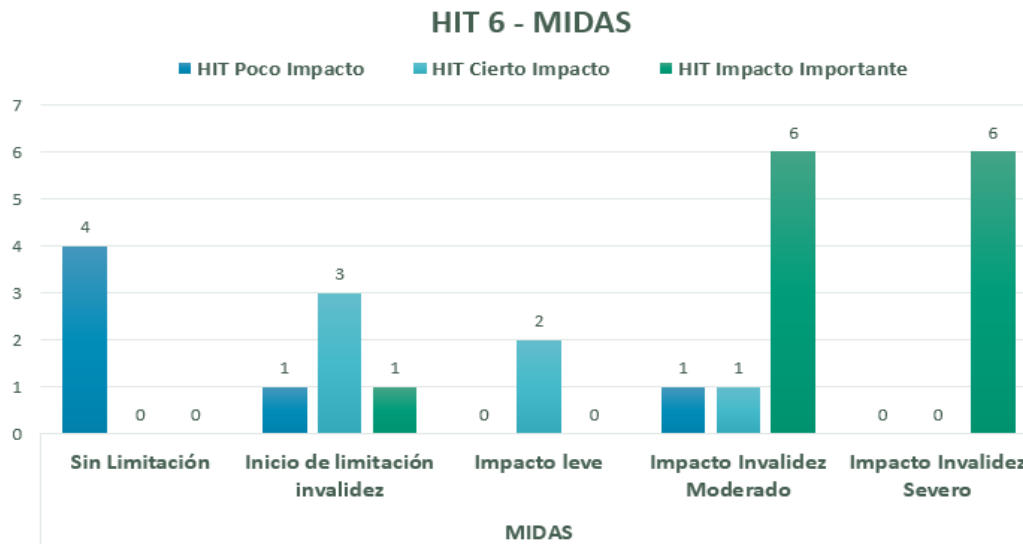


Figura N°06. Frecuencia de los niveles de cefalea asociada a la migraña, la comparación de la Escala de Impacto del dolor de cabeza (HIT – 6) con la Evaluación De La Migraña O Migraine Disability/Assesment Score (MIDAS)

Figura N° 06. Nos presenta mayor frecuencia HIT de impacto importante con 6 pacientes en el Impacto de invalidez severo (IIS), 6 pacientes Impacto de invalidez moderado (IIM), 1 paciente con inicio de limitación de invalidez (ILI), ninguno con Impacto (NI) o sin limitación(SL). En el HIT Cierto impacto se presenta mayor frecuencia de 3 pacientes en ILI, 2 pacientes con IL y 1 paciente con IIM. Al HIT Poco impacto 4 pacientes no presenta limitación, 1 paciente con ILI y también 1 paciente IIM.

4.1.8. Grado de rigidez de la cervicalgia asociada a la migraña (E.V.A – Test Goniométrico)

Tabla N° 08: Frecuencia del grado de rigidez de la cervicalgia asociada a la migraña mediante la Escala Visual Análoga con el Test Goniométrico.

		Rango Articular			Total
		Bueno	Regular	Malo	
E.V.A.	Leve	1	1	0	2
	Moderado	1	3	1	5
	Intenso	1	2	7	10
	Severo	0	1	7	8
Total		3	7	15	25

Tabla N° 08. Nos muestra como resultado la frecuencia del grado de rigidez de la cervicalgia asociada a la migraña mediante la tabla cruzada en la Escala Visual Análoga con el Test Goniométrico, presentando un rango articular malo y regular ambos con 07 pacientes en el resultado de E. V. A. con dolor intenso y severo.

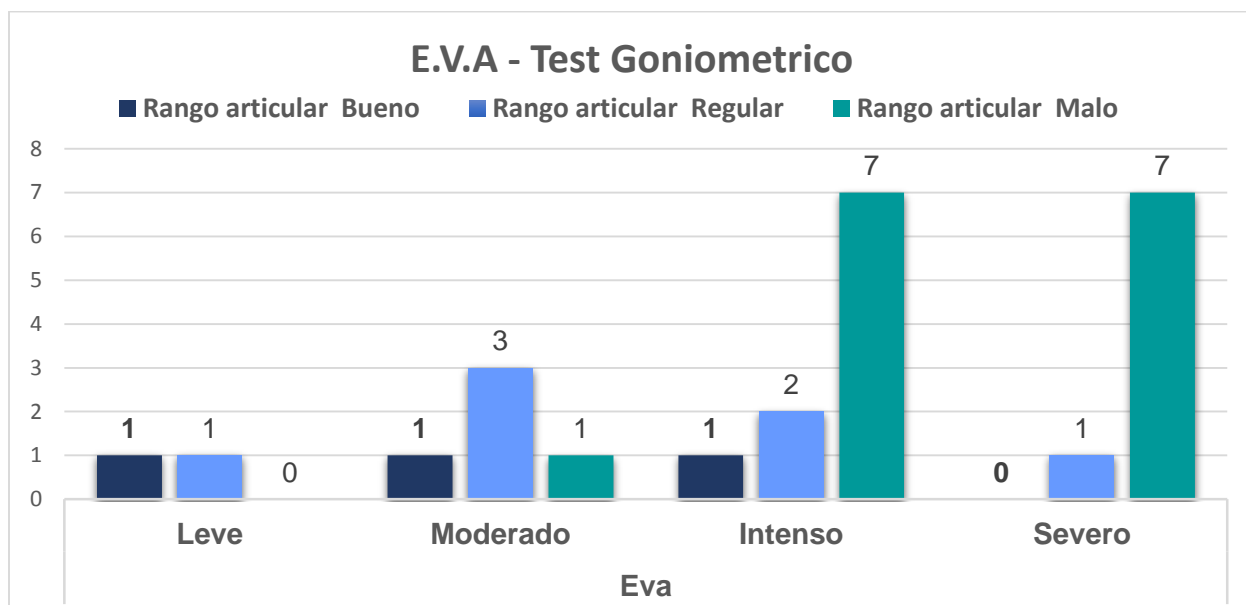


Figura N°07. Frecuencia del grado de rigidez de la cervicalgia asociada a la migraña mediante la Escala Visual Análoga con el Test Goniométrico.

Figura N° 07. El estudio nos muestra Dolor Leve a 1 paciente con buen rango articular (R.A.) y 1 paciente con regular R.A. Dolor Moderado 1 paciente con buen R.A, 1 paciente con mal R.A. y 3 pacientes con regular R.A. En el dolor Intenso indica solo 1 paciente con buen R.A, 2 pacientes con regular R.A. y 7 pacientes con malo R.A. En el dolor Severo presenta mayor frecuencia de 7 pacientes con malo R.A. y solo 1 paciente con regular R.A.

4.2. Discusiones De Resultados

- Según el grupo de Estudio de Cefalea S.E.N. en el 2006 mediante el estudio para la revisión médica Neuralgias craneales y Dolor facial, en México - Guadalajara se realizaron un estudio etiopatogénico de la cervicalgia en la población general basado en la exploración de las dolencias de la columna cervical surge el diseño de este estudio prospectivo entre 289 pacientes en el periodo de 12 meses, seleccionaron aquellos los casos independientemente de su etiología. El número total fue de 95 personas como resultado se demostró en 60 mujeres (63%) y 35 hombres (37%) afirmaron mediante diversas pruebas incluidas exploración física o TAC como resultado por el hallazgo del desalineamiento de las vértebras dorsales en 53 casos de cervicalgias (55.80% del total); de estos 36 casos (67.92%) sufrían dorsalgias coincidentes y solo 12 pacientes (12.63% del total) se detectaron desalineamiento cervicales. En nuestro trabajo de investigación se demostró que la mayor frecuencia es en 16 mujeres (64%) y 9 hombres (36%), donde comprobamos mediante el rango articular de la cervicalgia que 7 pacientes de cada uno presentan dolores Intenso y severo, ocasionando limitación al completar el movimiento

del rango articular malo y regular; esto agrava la condición del paciente conllevándolo a ser más complejo en la atención primaria de la cervicalgia.

- En la investigación realizada en el hospital García Orcoyen en España, formaron un estudio prospectivo observacional en pacientes que acudieron por dolor cervical/lumbar y que modificaron una serie de ejercicios en grupo. Utilizaron instrumento de medida para valorar el dolor y discapacidad fue el cuestionario Von Korff del dolor lumbar, realizándose una adaptación para el dolor cervical con el Test no paramétrico de Wilcoxon, tomaron la muestra en 273 pacientes (176 cervicalgias y 97 lumbalgias): 198 mujeres y 75 hombres. La edad media: 48,5 (20-81). La valoración subjetiva de los pacientes tratados en grupo mejoró en 72 pacientes ($p < 0,0001$) con cervicalgia y en 33 pacientes con lumbalgia ($p < 0,001$). Su influencia en las actividades de la vida diaria no alcanzó significación estadística. La percepción de la información recibida fue positiva en el grupo cervical ($p < 0,05$), logrando una buena satisfacción en los pacientes con disminución del tiempo de espera y el volumen. El grado de conocimiento sobre su patología solo mejoro en el grupo de la cervical. En nuestra población la edad promedio es de 38 años, empleamos unos test para Evaluación de la migraña (MIDAS) y escala de Impacto del dolor (HIT – 6) ambos fueron para medir los resultados y comparar la frecuencia de invalidez que presenta durante sus actividades de vida diaria, presentando un Impacto Importante similar de 6 pacientes cada uno en el Impacto de Invalidez moderado y severo; así mismo obtuvimos la misma percepción positiva ($p < 0,05$) en el cuadro cruzado.

- Según el estudio realizado en España en la Universidad de Murcia donde el objetivo es evaluar es la relación existente entre variables de personalidad y bienestar en

pacientes diagnosticados de cervicalgia. Los resultados muestran que estuvo compuesto por 64 pacientes (30 mujeres y 34 varones, 46.9% y 53.1% respectivamente). La media de edad fue de 34.6 años con diagnóstico y baja laboral por cervicalgia. Para el total del tamaño muestral se asumió un nivel de significación del 5%, donde predominan los pacientes casados o con pareja estable (59.4%), contrato indefinido (60.9%), sin trabajo a turnos (56,5%), con 8 horas diarias de trabajo (53,1%), dos días de descanso (79,7%), con categoría profesional en artesanos y otros trabajos cualificados (45,3%) y con baja a causa de cervicalgia por primera vez (62,5%). Los resultados indican que la mitad de los sujetos de la muestra tiene una estructura de personalidad desadaptativa, con un claro perfil “neurótico”. El perfil de personalidad “neurótica” y la presencia de cuadros depresivos se relacionan con la recurrencia de los cuadros cervicálgicos. Con respecto a la prevención, los resultados sugieren que la evaluación y el tratamiento de aspectos psicopatológicos serían importantes para reducir las bajas laborales, minimizar su duración y evitar las recurrencias. En nuestro estudio realizado se empleó el test de Evaluación de la migraña (MIDAS) donde nos indica el nivel de la incapacidad que puede ocasionar a nivel laboral, hogar, actividades sociales o de vida diaria producida en un periodo de 3 meses; cuantifica el resultado con 32% de Impacto de invalidez moderada en 8 pacientes.

- Los estudios realizados en Chile publicaron un artículo donde manifiesta que el dolor cervical es un motivo de consulta frecuentemente en atención médica primaria, recibiendo al 56% de las primeras consultas por cervicalgia. El artículo se enfocó al dolor intrínseco (generado por órganos, viseras y musculo esqueléticas cervicales). Se tomó como muestras de los consultantes a los 50 años, los menores tendrán cervicalgia por

causas mecánicas, vicios posturales; menos frecuentemente, fibromialgia, dolor miofascial y artritis crónica. Los mayores de 50 años tendrán más patología degenerativa, mecánica, vicios posturales y enfermedad neoplásica. Como conclusión se observa con vicios posturales, anomalías vertebrales, sedentarismo. De la información nacional, destacando el dolor músculo-esquelético se observa entre 14% y 23% de la población adulta; el 8% corresponde a la columna vertebral y el 4% a la cervicalgia músculo-esquelética intrínseca. En nuestra población se tomó encuesta pacientes entre 20 a 50 años donde nuestra edad promedio es de 38 años, solo se obtuvo datos de dos personas con 50 años presentando como antecedentes problemas de causa mecánica o vicio postural; nuestra población presenta una frecuencia de dolor Intenso en 40%, impacto de invalidez al 32% e Impacto importante del 52% en una desviación promedio de los resultados al ($p < 0.005\%$).

4.3. Conclusiones

1. A este estudio se determina la prevalencia de la cervicalgia asociada a la migraña presenta un porcentaje del 32% en el “Impacto de Invalidez Moderado” (MIDAS) y con el 40% los pacientes presentan “Dolor Intenso”; como análisis a los resultados comparativos de la frecuencia se empleó mediante la tabla cruzada con la Escala Visual Análoga (EVA) y la Evaluación de la Migraña O Migraine Disability/ Assessment Score (MIDAS). El resultado en pacientes con leve dolor sin limitación es de un 8%, dolor moderado sin limitación es de un 8%; en el inicio de limitación de invalidez es de un 8% con dolor moderado y en un 12% con dolor intenso; solo el 8% de la población refiere dolor intenso con un impacto leve, en el impacto de

invalidez y dolor moderado en un 4%, presentan en un 16% dolor intenso y en un 12% indican dolor severo; en el impacto de invalidez severo en un 4% presenta dolor intenso y dolor severo en 20%. Como conclusión de la muestra de mayor frecuencia en el Impacto de Invalidez Severo con la Escala del dolor Severo se registró en común un 20% de la población de la muestra.

2. El nivel de cefalea asociada a la migraña, como resultado de la frecuencia entre la Evaluación De La Migraña O Migraine Disability/ Assessment Score (MIDAS) y la Escala de Impacto del dolor de cabeza (HIT – 6) en pacientes nos presenta mayor frecuencia del impacto importante en un 24% con el Impacto de invalidez severo; en el Impacto de invalidez moderado con un 24% en Impacto importante, a un 4% con cierto impacto, en un 4% poco impacto. En impacto leve muestra un 8% en cierto impacto de HIT – 6; en el inicio de la limitación invalidez nos muestra el 4% con impacto importante, de un 12% con cierto impacto y 4% con poco impacto. En el HIT – 6, sin limitación muestra un 16% con poco impacto de la población de la muestra. Como conclusión del porcentaje de afectación mayor en MIDAS con el 32% (8 pacientes) Impacto Invalidez Moderado y el HIT – 6 en 52% con el Impacto importante (13 pacientes).
3. Este estudio establece la frecuencia del grado de rigidez de la cervicalgia asociada a migraña como resultado mediante la tabla cruzada en la Escala Visual Análoga con el Test Goniométrico, presentando un rango articular “malo y regular” ambos en un 28% al resultado por EVA con “dolor intenso y severo”. Se presenta en porcentaje mayor del 40% de la muestra a los pacientes con “Dolor Intenso” (10 pacientes) según EVA y con resultado en la medición del “Test Goniométrico” un porcentaje de afectación del 52% del rango articular “Malo”.

4.4. Recomendaciones

1. Se sugiere de acuerdo al nivel de riesgo más frecuente en nuestra población de la cervicalgia asociada a la migraña con un “Impacto de Invalidez Moderado” y “Dolor Intenso”, lograr centralizar las atenciones hospitalarias en niveles primarios así no se siga dilatando el cuadro clínico.
2. Se propone que a los pacientes encontrados con los niveles más altos en las evaluaciones de MIDAS, EVA, Test Goniométrico y el HIT – 6; se debería tomar medidas o cambios inmediatos con respecto a sus posturas viciosas, sobreesfuerzo, tiempo laboral, ámbito social, lúdico y el hogar.
3. Hacer campañas de difusión de la problemática y motivar la participación activa de los miembros de cada paciente y unidad del Hospital IV Víctor Lazarte Echeagaray – ESSALUD.
4. Propiciar la participación activa de los pacientes en las políticas de salud, promoción, prevención, en los puestos de trabajo, involucrándolos en el análisis de los factores de riesgo e impacto del dolor, ya que son vital importancia para la salud de los pacientes, bienestar personal, social y laboral.
5. Elaboración de programas de prevención y pautas activas (Escuela de la columna cervical) en empresas, universidades y unidades externas (campañas).
6. Se recomienda realizar investigaciones complementarias al presente tema en el Hospital IV Víctor Lazarte Echeagaray – ESSALUD, además de ejecutar trabajos de campo y ejecución de nuevos proyectos por parte de los estudiantes de Alas Peruanas, con la finalidad de encontrar nuevas informaciones y datos sobre los problemas de la cervicalgia asociada a la migraña.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Organización Mundial de Salud, Cefalea. Disponible en la página web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/es/>
- 2.- Rosales R. Dolores de Cabeza. Universidad de los Andes (Venezuela) 2015
- 3.- Deza L. La Migraña. Artículo de revisión [Acta Médica Peruana] 2010. Páginas 129 – 136
- 4.- Francisco J., Artal C., Irimia P., Ezpeleta D. Migraña crónica: Definición, epidemiología, factores de riesgo y tratamiento. Revista de Neurología. Madrid 2012
- 5.- Trillos C. Migraña e investigación epidemiológica. Revista. Universidad Del Rosario. Argentina 2010
- 6.- Pérez L., De la Luz Montes, Flores R., Vásquez J., Díaz S., Castañeda N. Síndrome del dolor miofascial cervical asociado a síndrome de salida torácica, un síntomas más en la cervicalgia. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación [volumen 21] 2009.
- 7.- Kazemi A., Muñoz L., Pérez M., Henche M. Estudio etiopatogénico de la cervicalgia en la población general basado en la exploración física. Revista Sociedad Española del Dolor. 2000
- 8.- Sepúlveda T. Bases de la Medicina Clínica: Tema 14 y 12A Cervicalgia y cervicobraquialgia. Revista de la Sociedad Chilena de Reumatología. Universidad de Chile. 2006.

- 9.- Sánchez T. Cervicalgia. Fisioterapia Y Rehabilitación. Premium Madrid (centro médico de rehabilitación). España. Disponible en página web: <http://www.rehabilitaciónpremiummadrid.com/blog/tania-sanchez/cervicalgia-fisioterapia-y-rehabilitaci%C3%B3n>
- 10.- Dolor de Cuello y cervicalgia. Disponible en la página web: <http://www.tutraumatologo.com/cervicalgia.html>
- 11.- Giménez S. Cervicalgias, Tratamiento Integral. [Farmacia Preventiva Profesional]. Volumen 18. 2004
- 12.- Fisiolution Las Tablas. Cervicalgia, Síntomas y Tratamiento. Disponible en la página web: <http://www.fisiolution.com/noticias/cervicalgia-sintomas-y-tratamiento/>
- 13.- Buforn A., Hidalgo F., Ortiz M.L., Gómez M., Heras J. Cefaleas y Algas. Revista de Estudio Epidemiológico. 2002
- 14.- Hernández J. Cefalea. Revista Epidemiológica. 2011
- 15.- Pedrera P., Miralles J., Laínez J., Cefalea, Guía de actuación clínica de Atención Primaria. Revisión Epidemiológica. Hospital General Universitario de Valencia, Servicio de Neurología. 2006
- 16.- Guía de manejo de cefalea. Revisión número 02. Colombia de Salud S.A. 2015
- 17.- Neuralgias craneales y Dolor facial. Revisión Médica. Grupo de Estudio de Cefalea S.E.N. 2006

- 18.- Kazemi A., Muñoz L., Pérez M., Henche M. Estudio etiopatogénico de la cervicalgia en la población general basado en la exploración física. Revista Sociedad Española del Dolor. 2000
- 19.- Valenzuela J. Cervicalgia. Enfoque clínico. Revista Chilena de Reumatología. 2011
- 20.- Llor B. Variables psicosociales y de personalidad asociadas a la cervicalgia recurrente. Revista MAPFRE [Universidad de Murcia]. España. 2006
- 21.- Pérez L., De la Luz Montes, Flores R., Vásquez J., Díaz S., Castañeda N. Síndrome del dolor miofascial cervical asociado a síndrome de salida torácica, un síntomas más en la cervicalgia. Revista Clínica Mexicana. 2009.
- 22.- González Viejo M., Oyarzabal A., Fernández de Leceta Z., Rotinen J., Arrizabalaga N., Ibáñez de Garayo E. Satisfacción de los pacientes con cervicalgia y lumbalgia en un servicio de rehabilitación. Revisión epidemiológica. 2002.
- 23.- Claudio H. Taboadela. GONIOMETRÍA, una herramienta para la evaluación de las incapacidades laborales. Primera edición – Buenos Aires: Asociart ART, 2007. Pág. 57, 58 y 59
- 24.- El HIT – 6. La versión de internet está disponible en la página web: www.headachetest.com.

ANEXOS

Anexo N°01:

CONCENTIMIENTO INFORMADO

Yo Juliana Yaquelin Pinillos Gómez, estudiante de la universidad Alas Peruanas de la Filial Trujillo estoy haciendo una investigación para la sustentación de Tesis sobre “Prevalencia De La Cervicalgia Asociada A Migraña En Pacientes De La Unidad De Medicina Física Del Hospital I La Esperanza – Es Salud, Trujillo 2017”

Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas puede preguntarme.

La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá será puesta fuera de alcance y nadie sino la investigadora tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre.

Si usted no desea tomar parte en la investigación, se le proporcionará el tratamiento estándar en uso disponible en el centro, pero no se considerara sus datos en la investigación.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____ Fecha _____

Anexo N°02:

FICHA DE DATOS

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

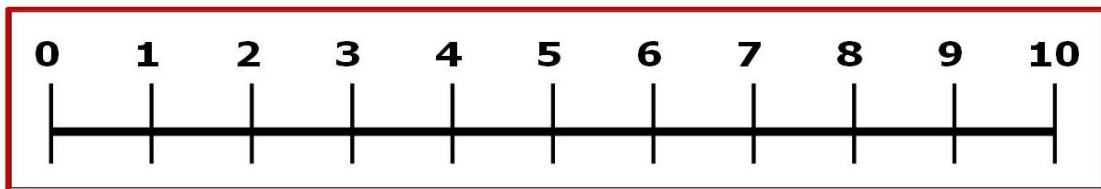
LUGAR DE NACIMIENTO: _____

ANTECEDENTES: _____

Anexo N°03:

Ficha de Evaluación del Dolor Escala Analógico Visual (VAS)

Instrucciones: en la línea siguiente, marque con una línea la posición que mejor describa la intensidad del dolor que siente en este momento.



0: no dolor; 1-2: dolor leve; 3-6: dolor moderado;
7-8 : dolor intenso; 9-10: máximo dolor imaginable

Anexo N°04:

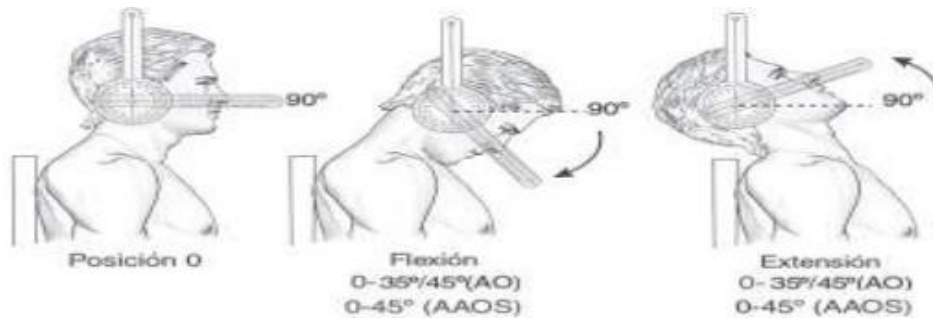
ÁNGULOS DE MEDIDA DE LA REGIÓN CERVICAL

a. Flexión: 0° – 35°/45°(AO)
0° – 45° (AAOS)

b. Extensión: 0° - 35°(AO)
0° - 45° (AAOS)

Datos: _____

Datos: _____

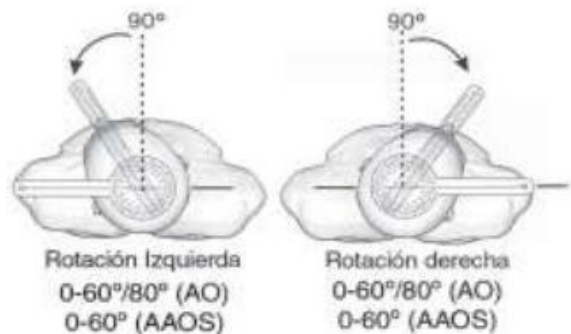
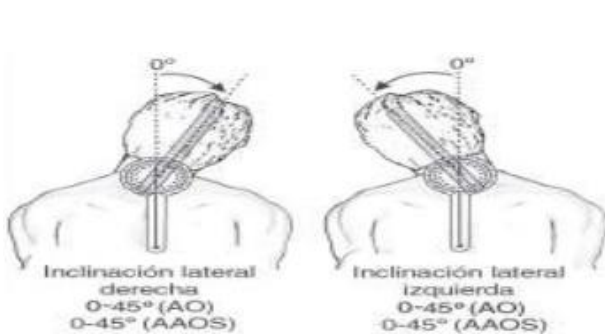


c. Inclinación lateral (derecha o izquierda): 0° - 45°(AO)
0° - 45° (AAOS)

d. Rotación lateral (derecha o izquierda): 0° - 60°/80°(AO)
0° - 60°/80° (AAOS)

Datos: _____

Datos: _____



Anexo N°05:

Escala HIT – 6

___ / ___ / ___

INSTRUCCIONES: en cada pregunta debe marcar con una cruz la casilla que corresponda a su respuesta.

1. Cuando usted tiene dolor de cabeza; ¿Con que frecuencia el dolor es intenso?

Nunca	Pocas Veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Con que frecuencia el dolor de cabeza limita su capacidad para realizar actividades diarias habituales como la tarea doméstica, el trabajo, los estudios o actividades sociales?

Nunca	Pocas Veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Cuándo tiene dolor de cabeza, ¿con que frecuencia desearía poder acostarse?

Nunca	Pocas Veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. En las últimas 4 semanas, ¿con que frecuencia se ha sentido demasiado cansado/o para trabajar o realizar las actividades diarias debido a su dolor de cabeza?

Nunca	Pocas Veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido harta/o irritada/o debido a su dolor de cabeza?

Nunca	Pocas Veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia el dolor de cabeza ha limitado su capacidad para concentrarse en el trabajo o en las actividades diarias?

Nunca	Pocas Veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VALORACIÓN (a completar por el investigador):

Nunca	6 puntos	x	_____	(N° respuestas)
Pocas veces	8 puntos	x	_____	(N° respuestas)
A veces	10 puntos	x	_____	(N° respuestas)
Muy a menudo	11 puntos	x	_____	(N° respuestas)
Siempre	13 puntos	x	_____	(N° respuestas)

Puntuación Total

Anexo N° 06:

**EVALUACIÓN DE LA MIGRAÑA O MIGRAINE DISABILITY/ ASSESSMENT SCORE
(MIDAS)**

Conteste las siguientes preguntas sobre TODOS los dolores de cabeza que ha sufrido en los últimos tres meses. Rellene las casillas adyacentes a las preguntas poniendo un 0 (cero) si no le ha influido.

1. ¿Cuántos días ha faltado al trabajo o a la escuela (universidad, instituto, etc.) en los últimos tres meses por su dolor de cabeza?....._____Días
2. ¿En cuántos días de los últimos tres meses su productividad ha sido menos a un 50% de la habitual por el dolor de cabeza? (No incluya los días que faltó al trabajo, instituto, etc., que ya contestó en la cuestión número 1)....._____Días
3. ¿Cuántos días no pudo hacer el trabajo de hogar en los últimos tres meses?....._____Días
4. ¿En cuántos días de los últimos tres meses su productividad en los trabajos de hogar ha sido menor al 50% de la habitual por el dolor de cabeza? (No incluya los días que faltó al trabajo, instituto, etc., que ya contestó en la cuestión número 3)_____Días
5. ¿Cuántos días perdió su actividades sociales o lúdicas en los últimos tres meses....._____Días

-
- A. En los últimos tres meses, ¿Cuántos días le dolió la cabeza? (Si el dolor le duro más de un día cuente cada día)_____Días
 - B. ¿Qué intensidad tuvo el dolor de cabeza en una escala de 1 a 10? (0= no dolor, 10= máximo dolor posible)....._____Días