

LEMA: “VÉRTIGO TERCARIO”

EPIDEMIOLOGÍA DEL SÍNDROME VERTIGINOSO EN HOSPITAL TERCARIO

Resumen - *Existen pocos estudios epidemiológicos sobre el vértigo en los pacientes estudiados en servicios de ORL de un Hospital Terciario. Las características la población, motivo de consulta, afectación auditiva, pruebas complementarias, grado de incapacidad y diagnósticos permiten definir esta población.*

Palabras clave – *Estudio epidemiológico. Hospital Terciario. Vértigo.*

1. INTRODUCCIÓN	2
2. MATERIAL Y MÉTODOS	4
3. RESULTADOS	14
Características de la población	14
Motivo de consulta	19
Afectación auditiva	20
Pruebas complementarias	21
Evaluación de incapacidad	23
Diagnóstico	25
4. DISCUSIÓN	29
5. CONCLUSIONES	39
6. BIBLIOGRAFÍA	40

1. INTRODUCCIÓN

El vértigo, del latín *vertere*, que significa girar o dar vueltas, es un síntoma frecuente. Se define como ilusión de movimiento del entorno, o del sujeto en referencia a lo que le rodea. Es un síntoma de disfunción vestibular periférica o central. ^[1,2].

La historia clínica es la parte más importante en la evaluación del paciente vertiginoso. Por lo general, puede orientarse hacia una causa central o periférica del vértigo sólo con la historia clínica. Las características del vértigo periférico y central se resumen en la **tabla 1**:

TABLA 1
Características del vértigo periférico y del vértigo central

Características	Vértigo periférico	Vértigo central
Severidad del cuadro	Mayor	Menor
Aparición	Repentina	Gradual
Duración	Segundos-horas	Semanas-meses
Posicional	Sí	No
Agotable	Sí	No
Síntomas asociados	Auditivos	Neurológicos y visuales
Nistagmus asociado	Horizonto-rotatorio	Variable

Habitualmente, el vértigo de origen periférico tiene como duración de segundos a horas, y cada episodio puede ir acompañado de náuseas y vómitos. Es típico que se desencadene con los cambios de posición. Los problemas causados por un oído medio o interno enfermo también pueden causar síntomas auditivos como sensación de plenitud ótica, pérdida auditiva y acúfenos. La patología neurológica es más indicativa de origen central del cuadro ^[1,3,4].

Existen pocos estudios epidemiológicos sobre vértigo en pacientes de Hospital Terciario. Los estudios realizados que pueden encontrarse son, en su mayoría, realizados en Atención Primaria ^[6,7], encuestas de población general ^[8,9,10] o estudios en Servicios de Urgencias ^[11]. Los pacientes de Hospital Terciario constituyen una población seleccionada, diferente.

Las características del paciente como edad, sexo, caracterización clínica del cuadro que presentan, pruebas complementarias requeridas, diagnóstico, y valoración de incapacidad permiten definir este tipo de población.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio descriptivo prospectivo de 6 meses, que incluye 187 pacientes diagnosticados en ese período remitidos para valoración de patología vertiginosa a la sección de Otolología de las consultas externas ORL del Hospital General Universitario “Vall d’Hebrón” de Barcelona.

El área de influencia del Hospital no abarca una población constante. Representa un área de unos 450.000 habitantes, repartidos en 9 ambulatorios, como muestra la **Figura 1** (Fuente: Secretaría de Asistencia Técnica y Recursos Humanos. Hospital Vall d’Hebron).

A pesar de lo anterior, el Hospital es un centro abierto, pudiendo asumir pacientes derivados de otras áreas no vinculadas.

Hospital Universitari Vall d’Hebrón.
Passeig de la Vall d’Hebron 119 –129. 08035 Barcelona.

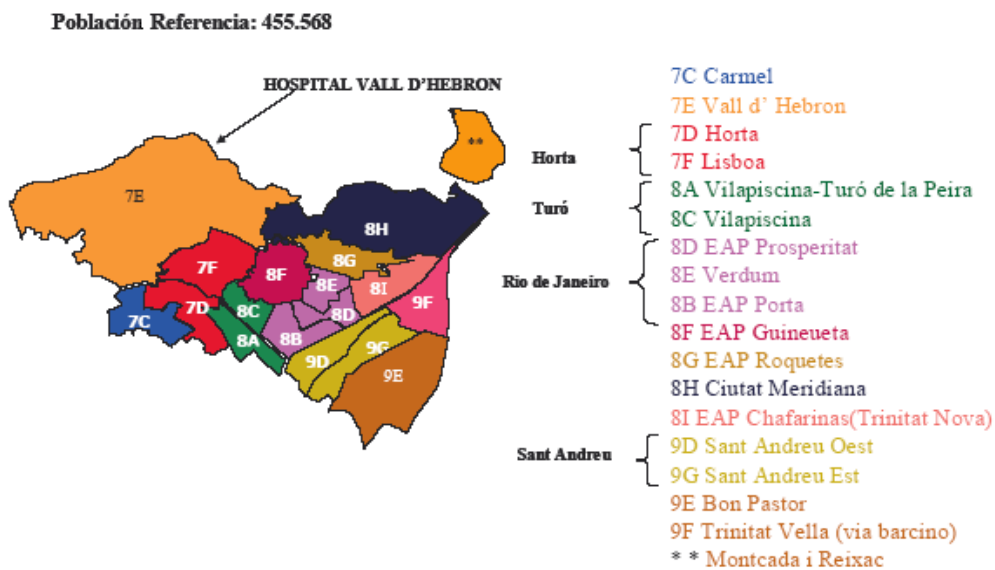


Figura 1: Área de influencia del Hospital Vall d’Hebron.

Se ha estudiado las características de la población, motivo de visita y la afectación auditiva, como muestra la **tabla 2**.

TABLA 2
Parámetros clínicos estudiados

Características de la población.

- Edad.
- Sexo.
- Procedencia de la derivación del paciente.
- Antecedentes familiares de vértigo y/o sordera.
- Exposición prolongada a ruido laboral.
- Hábitos tóxicos (consumo de alcohol y tabaco).
- Antecedente conocido de utilización de fármacos ototóxicos (ingesta prolongada de AAS, aminoglucósidos, determinados diuréticos).
- Antecedentes de riesgo cardiovascular (Hipertensión, dislipemia, diabetes, migraña, cardiopatía previa).
- Patología psiquiátrica (ansiedad, depresión...) que requiera tratamiento farmacológico.

Motivo de consulta.

- Vértigo rotatorio.
- Inestabilidad.
- Mareo.
- Tiempo de evolución.

Afectación auditiva.

- Presencia de acúfenos.
- Presencia de hipoacusia.

Referente a la edad de la población destacaremos lo siguiente:

- 1) Los pacientes por debajo de los 15 años se estudian en la sección de ORL Pediátrica, que es una unidad independiente, en el mismo Hospital. Es decir, no están incluidos en nuestro estudio.
- 2) Se necesita conocer la población de procedencia; abajo se muestra la pirámide de población para los dos distritos a los que pertenece el hospital. **Figura 2.**

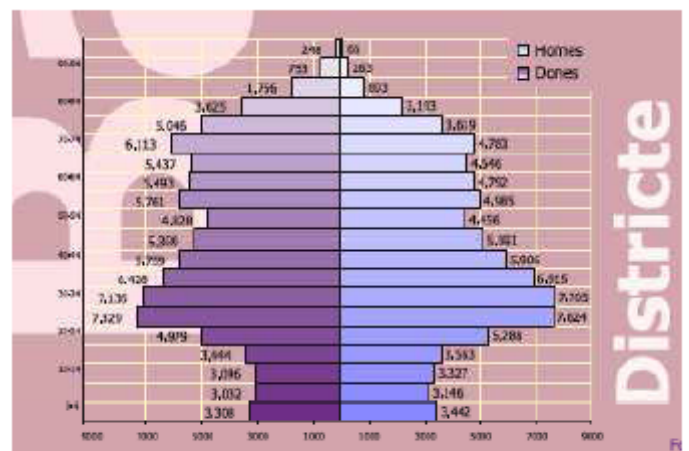
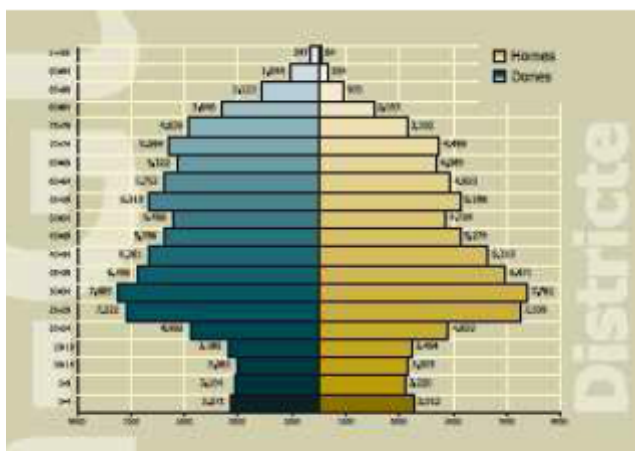


Figura 2: Pirámides de población: Horta Guinardó (fondo gris) y Nou Barris (fondo violeta).

Las pruebas complementarias adicionales que suelen necesitarse para realizar el diagnóstico ^[1, 5, 12, 13] se presentan en la **tabla 3**:

TABLA 3
Pruebas complementarias

Maniobras de Dix-Hallpike.
Otoemisiones acústicas.
Craneocorpografía.
Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral.
Potenciales Evocados Vestibulares Miogénicos.
Videonistagmografía.
Tomografía computerizada.
Resonancia Magnética Nuclear.

Maniobras de Dix-Hallpike:

Estas maniobras (**Figura 3**) permiten diagnosticar el VPPB, dado que la maniobra reproduce los episodios de cambio de posición que desencadenan el vértigo. Éste aparece a los 2-15 segundos de la maniobra, con un nistagmo rotatorio. El vértigo y el nistagmo se reproducen pero con menor intensidad a medida que se repite la maniobra. ^[1-5,12]

El riesgo de la maniobra de movilizar placas ateromatosas en el sistema vertebrobasilar la hace poco recomendable en pacientes de edad avanzada.

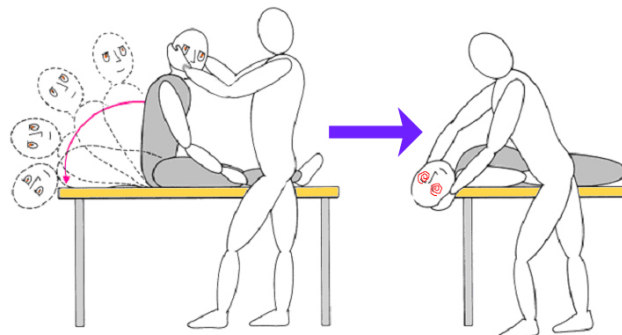


Figura 3: Maniobras de Dix-Hallpike

Otoemisiones acústicas:

Descubiertas en 1978 por Kemp, son sonidos generados por el oído interno y detectables en el conducto auditivo externo. Existen varios tipos de otoemisiones; las espontáneas se obtienen sin estímulo, las provocadas se obtienen como respuesta a un estímulo auditivo tipo clic, y los productos de distorsión se obtienen en respuesta

a un estímulo de dos sonidos simultáneos. Estos fenómenos reflejan la fisiología del oído interno y representa una visión objetiva de su buen funcionamiento. Numerosos trabajos experimentales han permitido ligar el origen de las otoemisiones a las células ciliadas externas del órgano de Corti. Los productos de distorsión son combinaciones frecuenciales de las frecuencias primarias, que provocan un tercer sonido, dando información más selectiva de la cóclea, aunque las localizaciones concretas en el oído interno aún no se conocen bien .

El interés clínico se deriva del hecho de que las propiedades de las otoemisiones cambian cuando existe una sordera de percepción endococlear, aunque incipiente; son la prueba ideal para detectar sordera en período neonatal ^[4,5]. **Figura 4.**

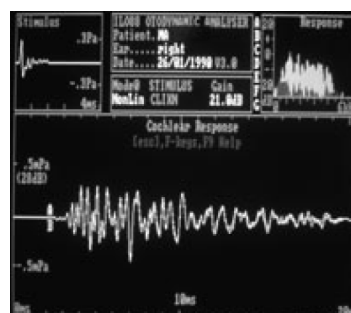


Figura 4: Otoemisiones acústicas.

Craneocorpografía:

Esta prueba consiste en una marcha ciega sin desplazamiento (prueba de Fukuda) registrando el movimiento del enfermo gracias a un grupo de luces y un sistema fotográfico.

La prueba es muy sensible; se solicita al enfermo que dé 50 pasos sin desplazarse, con los ojos cerrados y levantando las rodillas 30°. Se mide el giro o rotación que realiza el enfermo en grados y la desviación lateral del enfermo.

Los resultados menores a 60° se consideran negativos, mientras que los resultados superiores a 80° se consideran patológicos ^[4,5,12]. **Figura 5.**

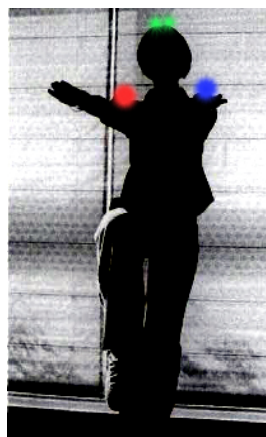


Figura 5: Craneocorpografía.

Potenciales evocados auditivos de tronco cerebral (PEATC):

Los potenciales evocados del tronco encefálico corresponden al registro, con electrodos de superficie, de la actividad eléctrica de la cóclea, la rama coclear del nervio vestibulococlear y de los núcleos del tronco encefálico en el momento de la captación de un estímulo sonoro.

La señal electroencefalográfica que se obtiene se procesa, eliminando el resto de actividad nerviosa que no corresponde al sistema auditivo. El estímulo administrado es del tipo clic o soplos tonales cortos, para mantener la sincronización de las fibras nerviosas.

En esencia, la prueba está encaminada a determinar el umbral auditivo en el niño pequeño o a la detección de patología retrolaberíntica en el adulto. La patología retrolaberíntica debemos sospecharla ante una sordera de percepción asimétrica, una hiporreflexia importante o arreflexia vestibular unilateral, o una parálisis facial periférica inexplicada; también en el caso de aparición de patología neurológica que afecte al tronco encefálico. ^[1-5,12] **Figura 6.**

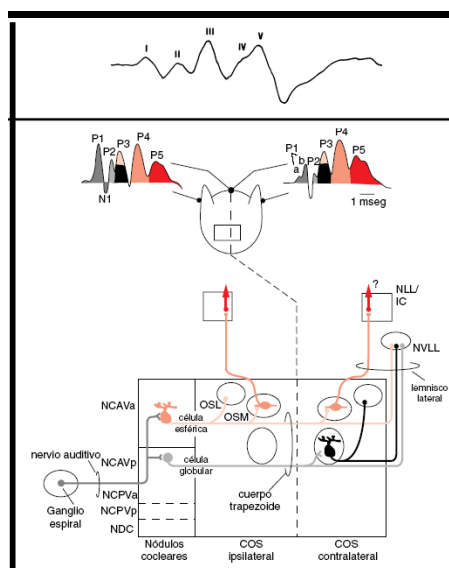


Figura 6: Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral.

Potenciales evocados vestibulares miogénicos:

El sáculo, órgano otolítico, puede ser estimulado por un sonido de gran intensidad. Se puede obtener una respuesta subclínica de orientación cefálica, detectable gracias a electrodos en el músculo esternocleidomastoideo.

La ausencia unilateral de respuesta indica déficit sacular ^[4,5]

En el registro, el paciente se coloca en decúbito dorsal y levanta la cabeza para que sus músculos esternocleidomastoideos se encuentren contraídos. **Figura 7.**

La prueba tiene tres puntos importantes:

- 1) Exploración selectiva de la función sacular y las vías saculoespinales.
- 2) No se normaliza con la compensación central posterior a una lesión vestibular.
- 3) Es la única prueba otolítica estrictamente unilateral.

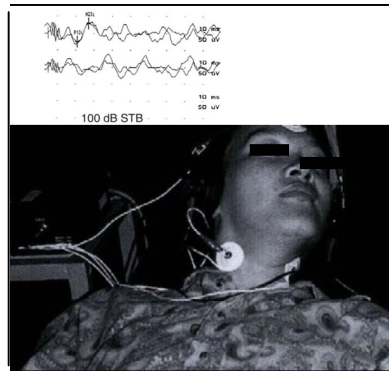


Figura 7: Potenciales Evocados Vestibulares Miogénicos.

Videonistagmografía (VNG):

El objetivo de esta prueba complementaria es el estudio de los movimientos oculares para detectar la existencia de nistagmo ocular, que revela la asimetría vestibular. También se registra la dirección horizontal o vertical del nistagmo y la presencia de un componente torsional.

Para esta prueba se utiliza una máscara de videonistagmoscopia, que deja al paciente a oscuras. Dicha máscara está dotada de una cámara y de iluminación infrarroja para detectar la señal del iris. El paciente se explora sentado y acostado, lo que permite explorar las respuestas vestibulares calóricas ^[1-5]. **Figura 8.**

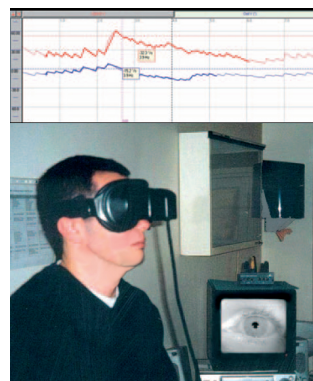


Figura 8: Videonistagmografía.

Tomografía computerizada (TC):

Utilizando radiaciones ionizantes, se obtienen fundamentalmente cortes en el plano transversal, con posibilidad de reconstrucción en el plano coronal, sagital u otros tipos. El corte se realiza con 0,5 mm a 1 mm según los aparatos; aquellos que permitan las tomas en espiral acortan el tiempo de exploración, reduciendo los artefactos debidos a movimientos del paciente.

El estudio mediante TC suele complementarse con otras pruebas de imagen, como RMN, más sensible para la patología del ángulo pontobulbocerebeloso o del sistema nervioso central ^[1, 5, 12]. **Figura 9.**



Figura 9: Tomografía Computerizada.

Resonancia Magnética Nuclear (RMN):

Se trata de una técnica que permite obtener imágenes sin utilizar radiaciones ionizantes, de gran resolución, en cualquiera de los planos del espacio.

La obtención de imágenes se consigue mediante la estimulación del organismo a la acción de un fuerte campo electromagnético, con un imán que busca la alineación de los átomos del organismo. Puede utilizarse contrastes paramagnéticos como el gadolinio.

El principal problema de esta prueba es la claustrofobia, puesto que se debe someter al paciente a un tubo cerrado durante un período prolongado. Tampoco puede realizarse si el paciente es portador de algún tipo de prótesis metálica, donde incluimos marcapasos.

La principal indicación de RMN en pacientes estudiados por vértigo es la sospecha de patología de ángulo pontobulbocerebeloso o bien por patología del sistema nervioso central ^[1, 5, 12]. **Figura 10.**



Figura 10: Resonancia Magnética Nuclear.

En la patología vestibular la medida de la **capacidad funcional** y de la **calidad de vida** son aspectos muy importantes; para poder cuantificarlos, se pueden utilizar diversos instrumentos, como cuestionarios de discapacidad y minusvalía [14, 15, 16].

La mayoría de estos tests han sido desarrollados en Estados Unidos e Inglaterra, y posteriormente traducidos y adaptados culturalmente a nuestro idioma. Dos de los más relevantes son el Dizziness Handicap Inventory (DHI) y el UCLA-Dizziness Questionnaire (UCLA-DQ); se muestra una relación de cuestionarios en la **Tabla 4**.

Minusvalía en patología vestibular.
Empleo de escalas y cuestionarios estandarizados en patología vestibular.
Resumen de autores y modelo empleado.

AUTOR	MODELO
HINCHCLIFFE (1967) [18]	MMPI ("Minnesota Multiphasic Personality Inventory")
BRIGHTWELL y ABRAMSON (1975) [19]	EPI ("Eysenck Personality Inventory") CMI ("Cornell Medical Index")
STEPHENS (1975) [16]	CCEI ("Crown Crisp Experiential Index") EPI
CRARY y WEXLER (1977) [20]	MMPI TMAS SSAS
RIGATELLI y cols. (1984) [21]	escala ZUNG SAS MHQ
HALLAM y STEPHENS (1985) [22]	CCEI
FILIPO y cols. (1988) [23]	SYMPTON CHECK LIST ADJECTIVE CHECK LIST STAI ("State-Trait Anxiety Inventory") MMPI
COKER y cols. (1989) [24]	MMPI
GRIM y cols (1989) [25]	WAIS RIQ WESCHLER MEMORY SCALE RAY AUDIO VERBAL LEARNING TRAIL MAKING SCL-90-R ("Symptom Checklist-Revised") MMPI
PARDAL (1990, 1991) [8,26]	CET-DE ("Cuestionario Estructural Tetradsimensional para la Depresión") STAI MMPI
JACOBSON y NEWMAN (1990) [9]	DHI ("Dizziness Handicap Inventory")
McKENNA (1991) [27]	GHQ ("GENERAL HEALT QUESTIONNAIRE")
ALVORD (1991) [28]	STAI
YARDLEY (1992) [29]	VHQ ("VERTIGO HANDICAP QUESTIONNAIRE")
KROENKE (1993) [30]	"Diagnostic Interview Schedule" "Sickness Impact Profile"
SLOANE (1994) [14]	SCL-90-R
PARDAL (1994) [31]	Escala visual analógica (VAS)
MRUZEK (1995) [21]	DHI
PARDAL (1996) [33,34]	CEMPV (Cuestionario para la evaluación de la minusvalía en patología vestibular)

Tabla 4: Cuestionarios en patología vestibular.

En 1994 se elaboró un cuestionario en castellano con 46 preguntas distribuidas en escalas emocional, funcional y orgánica que incluía conceptos y preguntas tomados de los modelos CET-DE, STAI y DHI, así como preguntas adaptadas a nuestro medio; la versión final se denomina **CEMPV** [14], que es el que se entregó en nuestras consultas para que el enfermo pudiera rellenarlo y traerlo completo en la siguiente visita (Se muestra a continuación):



- 1.- E.-- () 1.1.- ¿ Se siente frustrado por su problema ?
() 1.2.- ¿ Tiene miedo a salir solo de casa ?
() 1.3.- ¿ Se siente incómodo con otras personas ?
() 1.4.- ¿ Piensa que va como borracho ?
() 1.5.- ¿ Le cuesta concentrarse o retener las cosas ?
() 1.6.- ¿ Tiene miedo a quedarse solo en casa ?
() 1.7.- ¿ Se siente inferior a los demás ?
() 1.8.- ¿ Se comunica menos con sus familiares ?
() 1.9.- ¿ Se siente triste o deprimido ?
() 1.10.- ¿ Lee menos, ve menos la TV o escucha menos la radio ?
() 1.11.- ¿ Le cuesta dormir ?
() 1.12.- ¿ Está nervioso o angustiado ?
() 1.13.- ¿ Se cansa en seguida ?
() 1.14.- ¿ Está peor por las mañanas ?
- 2.- F.-- () 2.1.- ¿ Evita los viajes por temor a recaer ?
() 2.2.- ¿ Tiene problemas al levantarse y acostarse de la cama ?
() 2.3.- ¿ Evita las actividades sociales ?
() 2.4.- ¿ Le cuesta leer ?
() 2.5.- ¿ Evita las alturas ?
() 2.6.- ¿ Le cuestan los trabajos domésticos ?
() 2.7.- ¿ Las preocupaciones le aumentan su problema ?
() 2.8.- ¿ Se encuentra siempre mal ?
() 2.9.- ¿ Le cuesta ir de paseo solo ?
() 2.10.- ¿ Ha perdido su trabajo por su problema ?
() 2.11.- ¿ Le cuesta caminar a oscuras ?
() 2.12.- ¿ Le cuesta llevar a cabo sus responsabilidades familiares ?
() 2.13.- ¿ Piensa que los demás se preocupan por usted ?
() 2.14.- ¿ Tiene miedo a caerse en la calle ?
() 2.15.- ¿ Ha acudido a Urgencias o llamado al médico de forma urgente ?
() 2.16.- ¿ Se siente aturdido ?
() 2.17.- ¿ Se ha ido a casa dejando lo que estaba haciendo a causa de su problema ?
() 2.18.- ¿ Aumenta su problema al estar con otras personas ?
() 2.19.- ¿ Cree que tiene un tumor ?
() 2.20.- ¿ Le ha obligado a hospitalizarse ?
- 3.- O.-- () 3.1.- ¿ Se encuentra peor al mirar hacia arriba ?
() 3.2.- ¿ Está peor al caminar por los pasillos del supermercado ?
() 3.3.- ¿ Está peor al hacer deporte o trabajos domésticos ?
() 3.4.- ¿ Está peor si mueve la cabeza deprisa ?
() 3.5.- ¿ Esta peor si se gira en la cama ?
() 3.6.- ¿ Nota que su mueve su cuerpo o lo que le rodea ?
() 3.7.- ¿ Le da la sensación de estar como borracho ?
() 3.8.- ¿ Está peor si se agacha ?
() 3.9.- ¿ Necesita apoyarse en alguien para caminar ?
() 3.10.- ¿ Siente nauseas o vomita o suda cuando está peor ?
() 3.11.- ¿ Se ha caído ?
() 3.12.- ¿ Está peor de pie ?

El análisis estadístico de todos los datos se ha realizado a partir de una base de datos utilizando Microsoft ® Access 2002 y se han analizado con el programa de análisis estadístico SPSS, con la colaboración del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital “Vall d’Hebron”.

La población se clasificó según su diagnóstico y se distribuyó en cuatro grupos, formados por vértigo de origen periférico, vértigo de origen central, vértigo mixto y por patología psiquiátrica [5]. Dicha clasificación puede apreciarse en la **tabla 5**:

TABLA 5
Tabla de diagnósticos en consultas

Vértigo periférico	Vértigo central	Vértigo mixto	Patología psiquiátrica
Oído medio	Vascular		
Otosclerosis	Insuficiencia vértebro-basilar		
Otitis media (OM)	Accidente vascular cerebral (AVC)		
- Aguda	Desmielinizante		
- Crónica simple	Tumoral		
- Colesteatomatosa	Malformativo		
Fístula	Infeccioso		
Traumatismo	Epilepsia		
Malformación	Migraña		
Otros	Otros		
Oído interno			
VPPB			
Laberintitis			
Laberintoplejia			
Menière			
Posible			
Probable			
Definitivo			
Traumatismo			
Fístula			
Malformación			
Presbivértigo			
Ototoxicidad			
Otros			
VIII par craneal			
Neuritis			
Ramsay-Hunt			
Neurinoma			
Traumatismo			
Malformación			
Otros			

3. RESULTADOS

3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN:

Distribución por edad y sexo:

La población en estudio consta de 35,3% de varones (n=66) y 64,7% de mujeres (n=121), (Figura 11) de un total de 187 individuos.

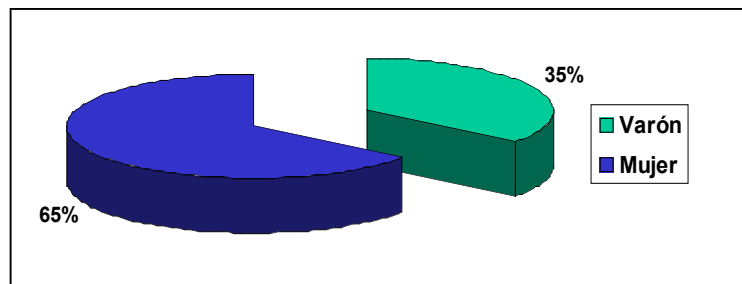


Figura 11: Distribución por sexos

El rango de edad fue de 15 – 87 años, con una media de 52,6 años y una desviación de 15,6 años (figura 12).

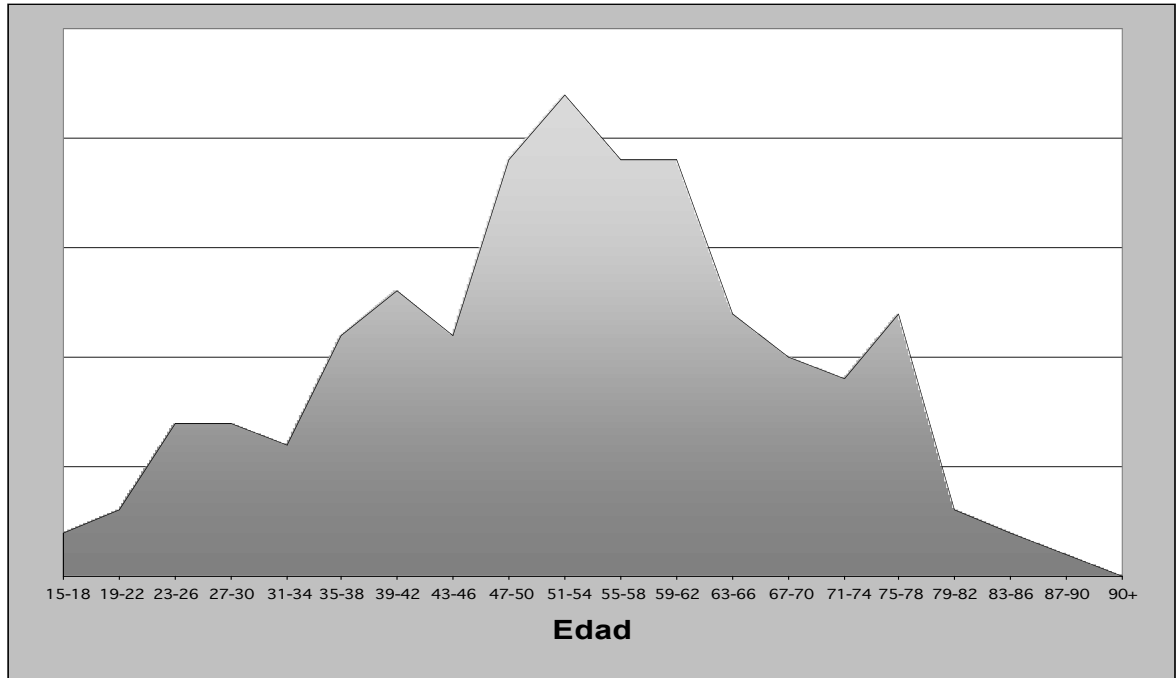


Figura 12: Distribución por edad

Procedencia:

La procedencia de los pacientes que acuden a las consultas externas de Otología del Hospital “Vall d’Hebron” se ha analizado según: de ambulatorio de área de referencia (según la especialidad), fuera del área de referencia, interconsulta hospitalaria, personal del propio hospital o no especificado (sin constar en historia clínica).

El motivo para considerar la procedencia del paciente como factor importante es que según cuál sea el medio para llegar a consultas externas el tipo de patología variará: No hay ningún tipo de filtro para trabajadores del hospital, y la patología también será distinta si la remite un facultativo ORL o de otra especialidad.

El número y porcentaje de pacientes que son atendidos según su procedencia están representados en la **tabla 6**:

TABLA 6
Procedencia

Procedencia del paciente	Porcentaje (valor absoluto)
Ambulatorio – Medicina de familia	8% (15)
Ambulatorio – Neurología	2,1% (4)
Ambulatorio – ORL	29,9% (56)
Fuera del área de influencia – ORL	22,5% (42)
Interconsulta hospitalaria	10,7% (20)
Personal del Hospital	13,9% (26)
No especificado	12,8% (24)
<i>Total</i>	<i>100% (187)</i>

Antecedentes familiares de vértigo e hipoacusia:

El 67,9% de los pacientes (n=127) no refería tener familiares afectados de patología vestibular. El 13,9% (n=26) refería tener algún familiar con vértigo sin especificar; el 9,6% (n=18) refería antecedentes de sordera sin especificar; el 4,8% (n=9) refería antecedentes de familiares con vértigo y sordera sin especificar; el 1,1% (n=2) refería tener familiares con enfermedad de Menière; el 1,1% (n=2) refería tener familiares con otosclerosis; finalmente, el 1,6% (n=3) refería tener algún familiar con enfermedad genética recesiva con afectación del sistema cocleovestibular. Esto aparece resumido en la **tabla 7**:

TABLA 7
Antecedentes familiares

Antecedentes familiares	Frecuencia (valor absoluto)
Sin antecedentes	67,9% (127)
Vértigo no especificado	13,9% (26)
Sordera no especificada	9,6% (18)
Vértigo y sordera no especificados	4,8% (9)
Enfermedad de Menière	1,1% (2)
Otosclerosis	1,1% (2)
Enfermedad genética	1,6% (3)
<i>Total</i>	<i>100% (187)</i>

Exposición prolongada a ruido laboral:

El 13,9% (n=26) de los pacientes habían trabajado en ambiente ruidoso. **Figura 13.**

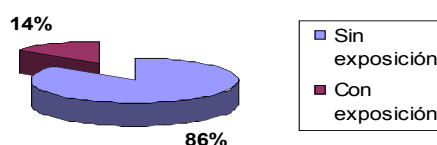


Figura 13: Exposición prolongada al ruido laboral

Hábitos tóxicos:

El tabaquismo estaba presente en 24,6% de los pacientes (n=46) y sólo el 4,3% de los pacientes (n=8) reconocían consumo de alcohol elevado (hábito enólico superior a 40 g/día). El 73,8% de los pacientes (n=138) negaban hábitos tóxicos. **Figura 14.**

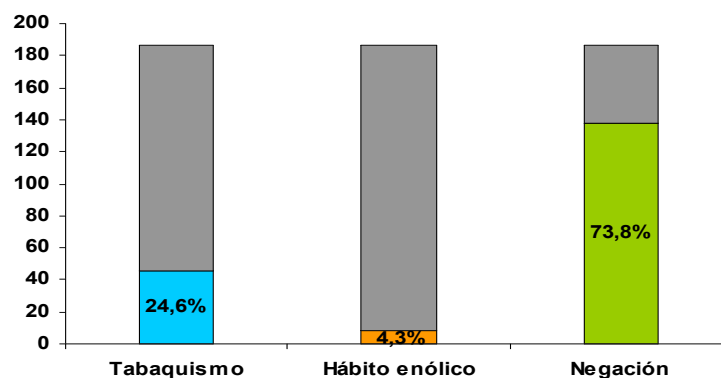


Figura 14: Hábitos tóxicos.

Antecedentes de ingesta prolongada de ototóxicos:

El total fue de 9,3% (n=20) pacientes que reconocieron, entre sus antecedentes, la ingesta de algún fármaco ototóxico. **Figura 15.**

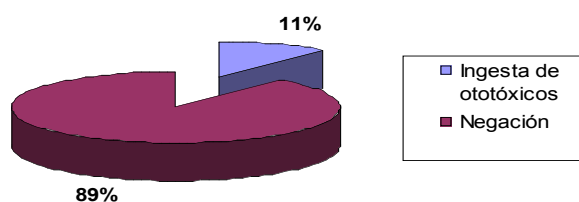


Figura 15: Ingesta de ototóxicos.

Antecedentes de riesgo cardiovascular:

Entre ellos, se ha encontrado el antecedente de hipertensión arterial en 21,9% de pacientes (n=41), diabetes en el 7% (n=13), hipercolesterolemia en 12,3% (n=23). También se ha recogido la presencia de cardiopatía previa, en 7% de los casos (n=13), y el antecedente de AVC previo, en 1,3% de los casos (n=3).

Al analizar los datos y separar los pacientes por factores de riesgo, vemos que el 50,3% de ellos (n=94) no presentan ningún factor de riesgo, mientras que el 28,9% (n=54) presentan 1

factor y el 20,9% (n=39) presentaban más de 1 factor de riesgo cardiovascular. Esto se representa en la **Figura 16**:

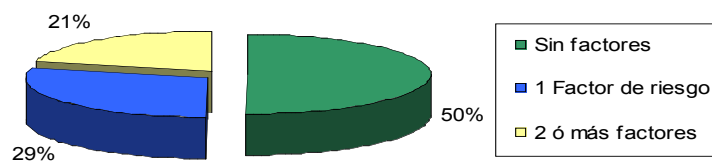


Figura 16: Presencia de factores de riesgo cardiovascular.

Antecedentes psiquiátricos:

El 30,5% de los pacientes (n=57) presentaron algún tipo de enfermedad psiquiátrica, siendo la más frecuente la depresión, ansiedad, y otras patologías con frecuencia mucho menor (trastorno bipolar). **Figura 17**.

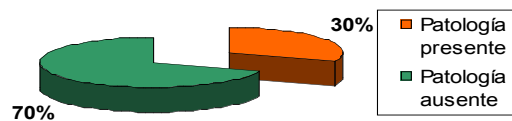


Figura 17: Patología psiquiátrica en tratamiento.

3.2 MOTIVO DE CONSULTA:

La clínica por la cual consultaron los enfermos del estudio fue (**Figura 18**):

- Vértigo rotatorio, en el 80,2% de los pacientes (n=150).
- El desequilibrio, tanto aislado como acompañante del cuadro de vértigo del paciente, aparece en el 65,8% de los casos (n=123).
- El mareo sin cuadro rotatorio sólo se aprecia en un 5,3% de casos (n=10).

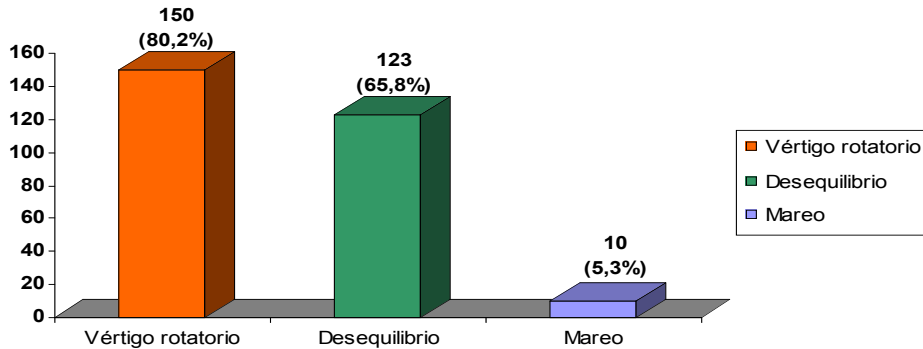


Figura 18: Motivo de consulta.

Tiempo de evolución:

Desde la aparición del primer cuadro de vértigo hasta la primera visita fue de 1 a 540 meses, con una media de 49,99 meses y una desviación estándar de 75,94 meses. **Figura 19:**

Tiempo de evolución

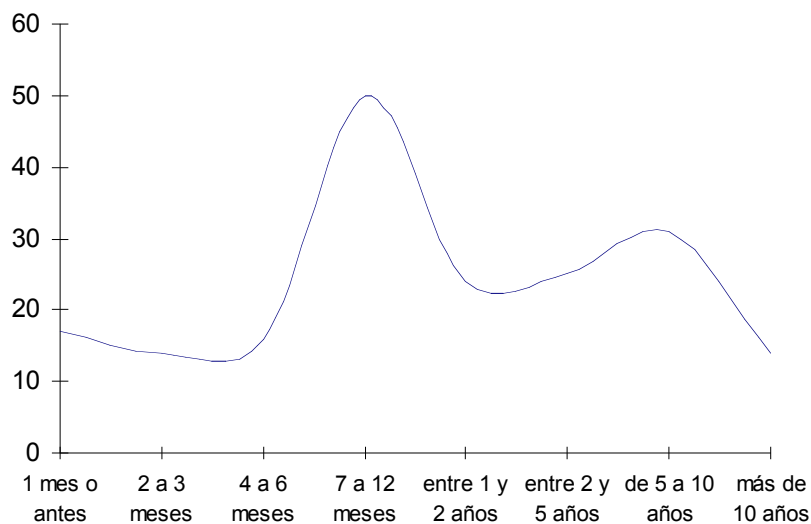


Figura 19: Distribución por tiempo de evolución de la enfermedad.

3.3 AFECTACIÓN AUDITIVA:

Presencia de acúfenos:

El 46% de pacientes (n=86) no presentaron acúfenos. El 21,9% (n=41) presentaron acúfenos agudos, el 31,5% (n=59) acúfenos graves y el 0,5% (n=1) acúfenos pulsátiles.

(Figura 20)

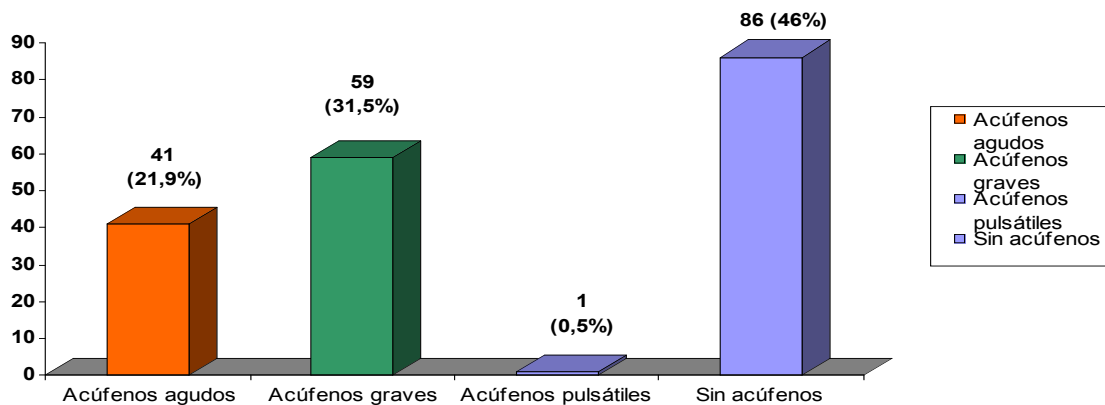


Figura 20: Presencia de acúfenos.

Hipoacusia:

El 38,5% de los enfermos (n=72) no presentaban pérdida auditiva significativa de ningún oído, situando como límite los 30 dB en vía aérea; el 37,4% (n=70) presentaban una pérdida leve de audición, de uno o ambos oídos; el 24,1% (n=45) de los pacientes presentan una pérdida moderada, severa o profunda. **Figura 21.**

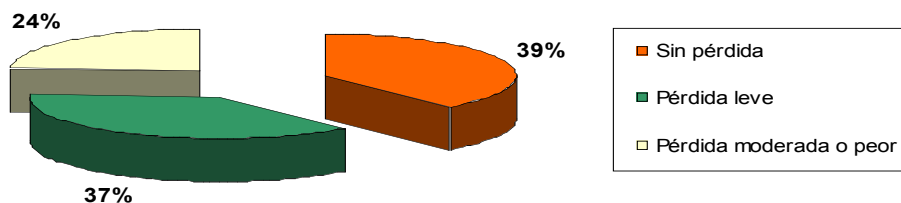


Figura 21: Pérdida auditiva (vía aérea)

3. 4 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Maniobras de Dix-Hallpike:

En nuestro estudio, de los 187 pacientes, se realizaron las maniobras en las consultas en el 59,4% de los casos (n=111), de los cuales el 19,8% fueron positivas (n=37). **Figura 22.**

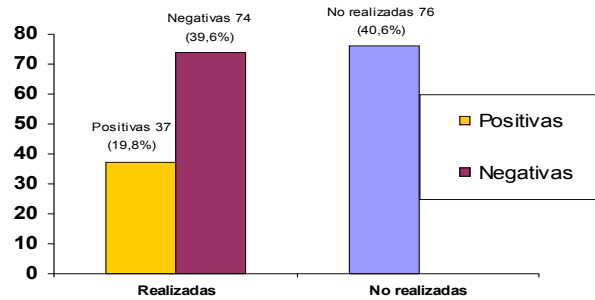


Figura 22: Resultado de las maniobras de Dix-Hallpike.

Otoemisiones acústicas:

En nuestro estudio la realización de otoemisiones acústicas como prueba complementaria se realizó en el 10,4% de los mismos (n=19), como se aprecia en la **figura 23:**

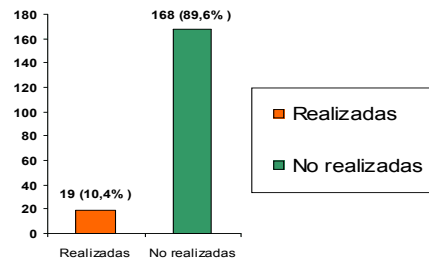


Figura 23: Otoemisiones acústicas.

Craneocorpografía:

En nuestro estudio la craneocorpografía fue necesaria en el 10,8% de los pacientes (n=20), como se aprecia en la **figura 24.** El 100% de las pruebas dio resultado patológico.

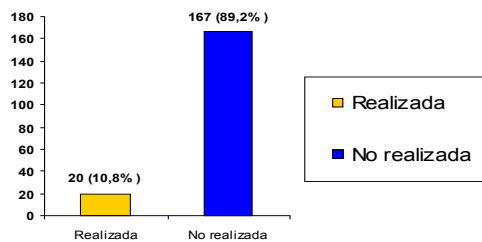


Figura 24: Craneocorpografía.

Potenciales evocados auditivos de tronco cerebral (PEATC):

El estudio mediante PEATC se realizó en el 57% de los pacientes (n=107), como muestra la **figura 25**:

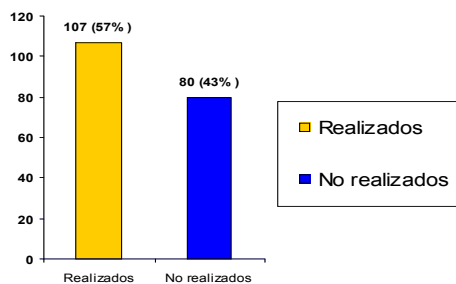


Figura 25: Potenciales evocados auditivos de tronco cerebral.

Potenciales evocados vestibulares miogénicos:

En nuestro estudio se realizó dicha prueba en 6,5% de los pacientes (n=12). El 100% de los pacientes presentó un resultado patológico. **Figura 26**.

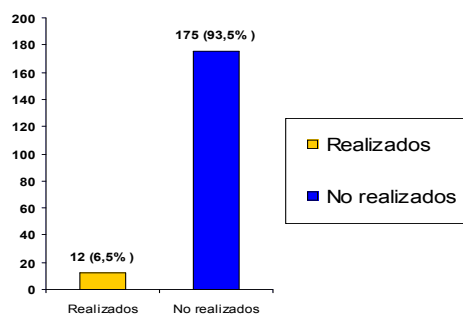


Figura 26: Potenciales vestibulares miogénicos.

Videonistagmografía:

En nuestro estudio el 41,7% de los pacientes (n=78) necesitó dicha prueba para poder establecer el diagnóstico, tal y como se puede comprobar en la **figura 27**:

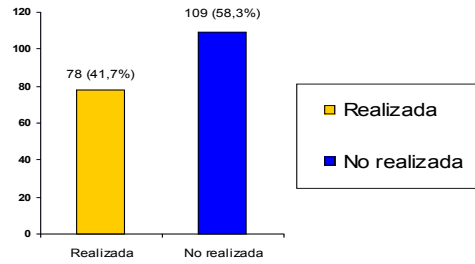


Figura 27: Videonistagmografía.

Tomografía computerizada (TC):

En el estudio de nuestros pacientes se ha solicitado dicha prueba de imagen en el 16,6% de enfermos (n=31), como se puede ver en la **figura 28**:

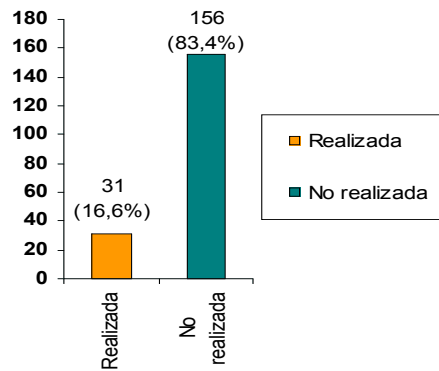


Figura 28: Tomografía computerizada (TC).

Resonancia Magnética Nuclear (RMN):

Fue necesario realizar dicha prueba en el 31% de los casos (n=58), como puede verse en la **figura 29**:

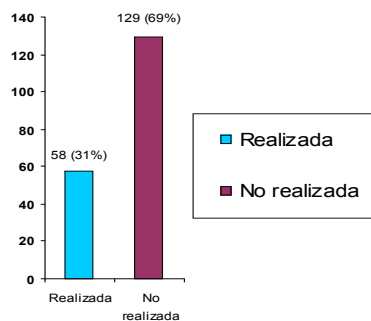


Figura 29: Resonancia Magnética Nuclear (RMN).

3.5 EVALUACIÓN DE INCAPACIDAD:

A los pacientes estudiados se les entregaba, tras la primera visita, el cuestionario de incapacidad que debían traer relleno en la próxima visita. La respuesta al cuestionario sólo se obtuvo en el 36,9% de los enfermos (n=69). **Figura 30.**

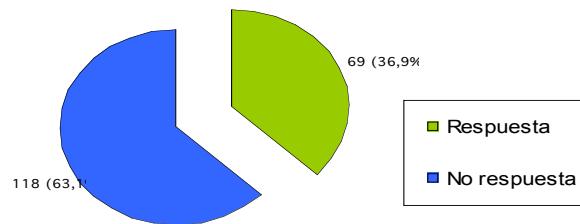


Figura 30: Respuesta al cuestionario CMPEV.

De las respuestas del cuestionario, además de calcular el cómputo total, se separan en tres categorías: Emocional, funcional y física.

Los resultados de las respuestas dadas por los pacientes fue la siguiente: puntuación total del cuestionario 43,58% (media 20,05); puntuación en escala emocional 41,64% (media 5,83), puntuación en escala funcional 38,9% (media 7,78), puntuación en escala orgánica 53,66% (media 6,44).

En la gráfica siguiente se desglosa la afectación de los pacientes según la respuesta al cuestionario (**Figura 31**):

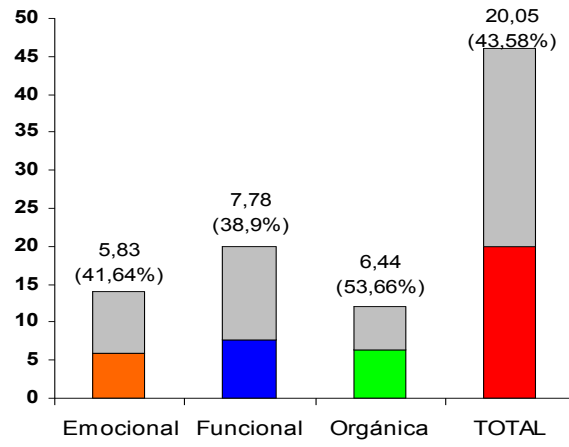


Figura 31: Respuestas al cuestionario de incapacidad.

3.6 DIAGNÓSTICO:

Nuestros resultados obtenidos según la patología son los siguientes:

- 1- El porcentaje de **vértigo periférico** detectado fue del 71,65% (n=134).
- 2- El porcentaje de **vértigo de origen central** detectado fue del 6,95% (n=13).
- 3- El porcentaje de **vértigo mixto** fue de 5,34% (n=10).
- 4- El porcentaje de pacientes con patología psiquiátrica fue del 29,9% (n=56)
- 5- El porcentaje de pacientes con patología **exclusivamente psiquiátrica** fue de 16% (n=30)
- 6- El porcentaje de pacientes donde se asocia patología psiquiátrica con vértigo de origen periférico es del 26,2% (n=49).

Estos resultados se representan en los gráficos de la **Figura 32**:

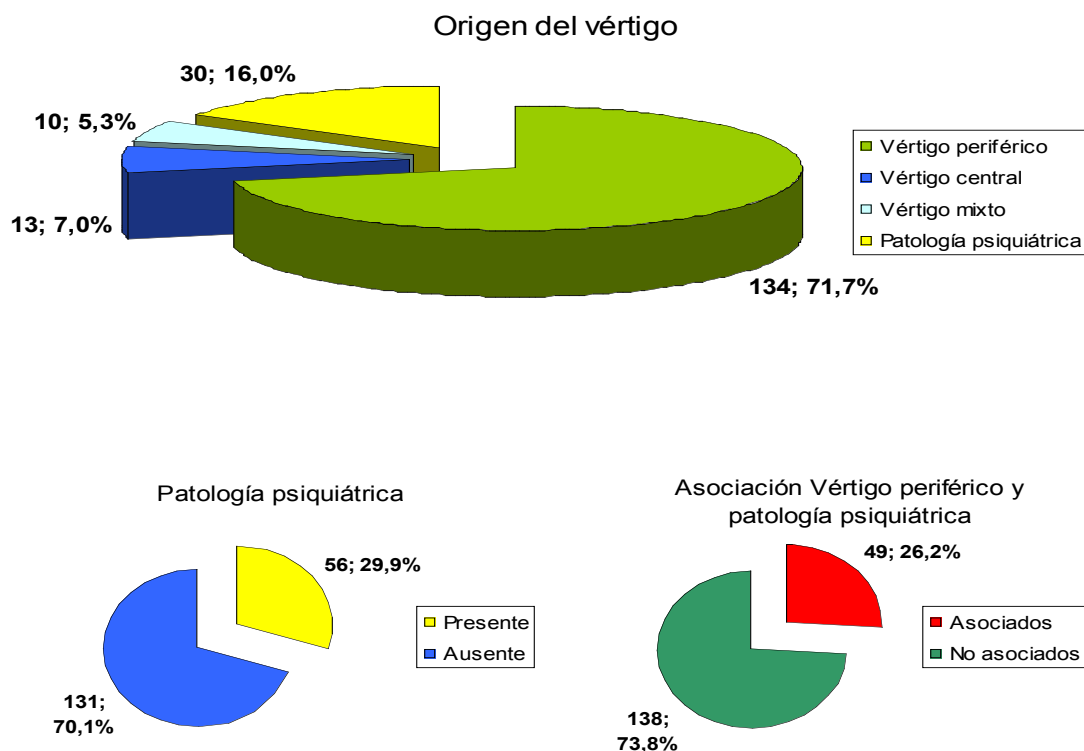


Figura 32: Resultados diagnósticos.

Las diferentes patologías que pueden dar vértigo periférico se desglosan a continuación (sobre los 134 pacientes y sobre el total de los pacientes del estudio), en la **Tabla 8** y de una forma más gráfica en la **Figura 33**.

TABLA 8
Vértigo periférico

Patología del paciente	Porcentaje (valor absoluto)	Total
<u>Patología de oído medio</u>	11,9% (16)	8,6%
Otosclerosis	5,2% (7)	3,7%
Otitis media aguda	0% (0)	0%
Otitis media crónica simple	3% (4)	2,1%
Otitis media crónica colesteatomatosa	3% (4)	2,1%
Fístula de canal semicircular externo	0,7% (1)	0,5%
Traumatismos y malformaciones de oído medio	0% (0)	0%
 <u>Patología de oído interno</u>	85% (114)	60,9%
Vértigo posicional paroxístico benigno	24,6% (33)	17,6%
Laberintitis	0,7% (1)	0,5%
Laberintoplejia	0,7% (1)	0,5%
Síndrome de Menière	43,3% (58)	31%
Posible	9,7% (13)	7%
Probable	12,6% (17)	9%
Definitivo	20,9% (28)	15%
Traumatismos laberínticos	1,4% (2)	1%
Fístulas perilinfáticas	0,7% (1)	0,5%
Malformaciones de oído interno	0% (0)	0%
Presbivértigo	8,95% (12)	6,4%
Toxicidad laberíntica	2,2% (3)	0,5%
Otras	2,2% (3)	1,6%
 <u>Patología del VIII par craneal</u>	2,9% (4)	2,1%
Neuritis vestibular	0% (0)	0%
Neurinoma del VIII par craneal	2,9% (4)	2,1%
Traumatismos y malformaciones	0% (0)	0%
 <i>Total</i>	<i>100% (134)</i>	<i>71,7%</i>

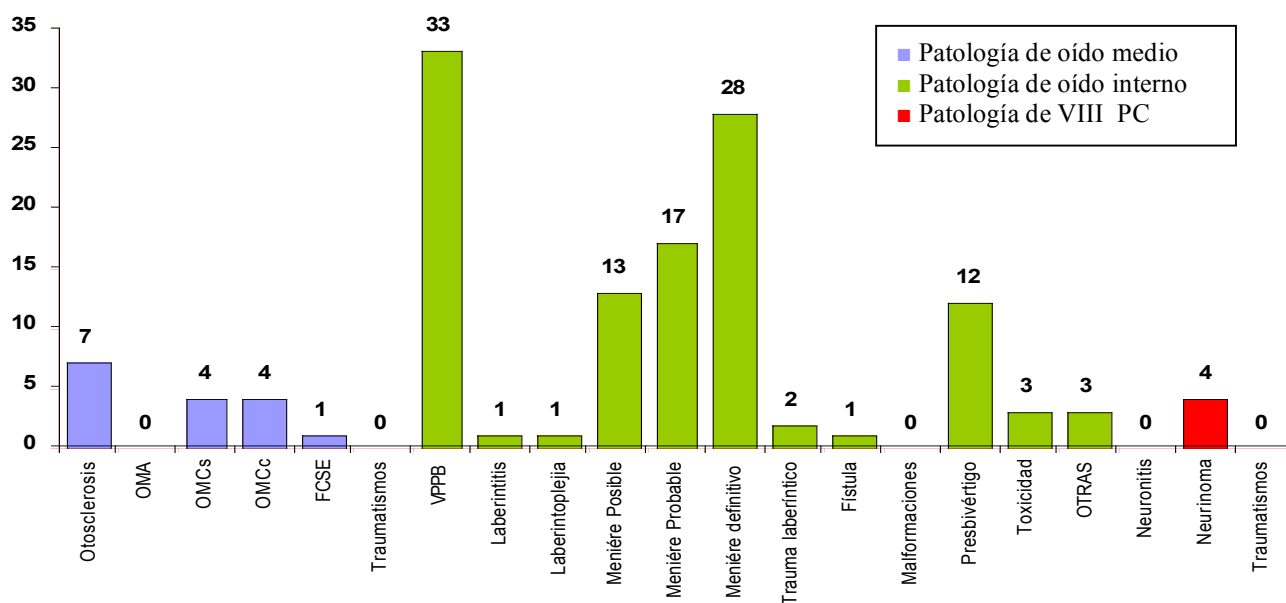


Figura 33: Diagnóstico del síndrome vertiginoso periférico

La patologías causante de vértigo, en este caso central, se encuentra también aunque en mucha menos medida; las enfermedades que se pueden encontrar se desglosan a continuación (sobre los 13 pacientes afectados). **Tabla 9** y **Figura 34**:

TABLA 9
Vértigo central

Patología del paciente	Porcentaje (valor absoluto)	Total
Patología cardíaca	38,5% (5)	2,7%
Insuficiencia vértebro - basilar	7,7% (1)	0,5%
Accidente vascular cerebral	15,4% (2)	1,1%
Enfermedades desmielinizantes	0% (0)	0%
Tumores o malformaciones de sistema nervioso central	0% (0)	0%
Migrañas *	0% (0)	0%
Otras causas	38,5% (5)	2,7%
<i>Total</i>	<i>100% (13)</i>	<i>6,95%</i>

* Destacar que se detectó el 4,8% de pacientes afectados de migrañas pero no como diagnóstico vertiginoso.

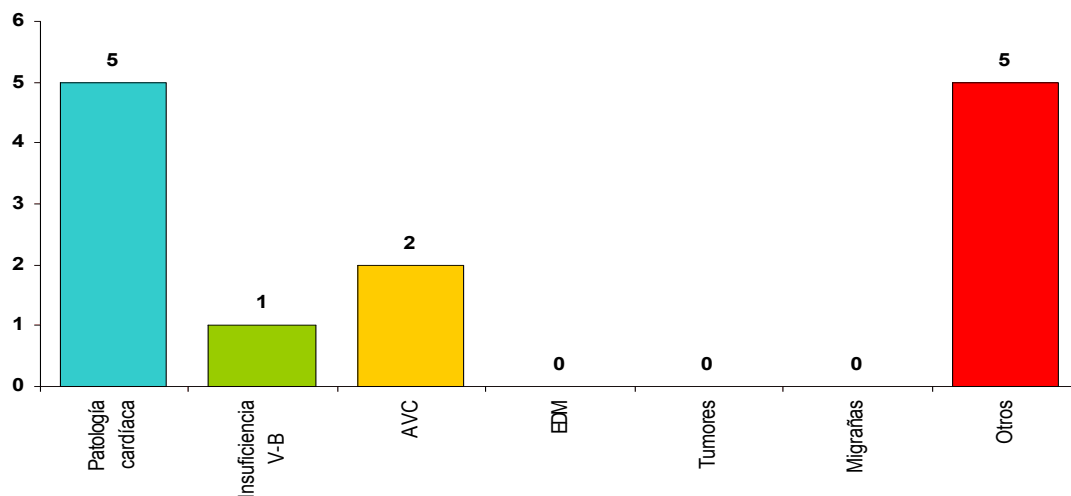


Figura 34: Diagnóstico del vértigo central.

El vértigo mixto se presentó, como ya hemos dicho, en el 5,34%:

- Las **causas centrales** fueron patología cardíaca en el 50% (n=5) y accidente vascular en el 50% (n=5).
- Las **causas periféricas** asociadas fueron VPPB en el 10% (n=1), presbivértigo en el 30% (n=3), otras causas de oído interno en el 30% (n=3), neuronitis vestibular en el 10% (n=1) y neurinoma vestibular en el 20% (n=2)

La patología psiquiátrica se hallaba presente en un número importante de pacientes; como ya se ha descrito anteriormente (**figura 32**). El número de pacientes en tratamiento por patología psiquiátrica fue el 29,9% (n=56), la mayoría por ansiedad o depresión (sólo un paciente en tratamiento por trastorno bipolar). Fue la única causa de la patología del paciente en el 16% de casos (n=30)

4. DISCUSIÓN

Existen pocos estudios epidemiológicos en pacientes estudiados en hospital terciario ^[11].

4.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN:

Distribución por sexos: Nuestros datos (el 35,3% son varones y el 64,7% mujeres) son similares al de otras series: 36,9% varones y 63,1% mujeres según López-Gentili et al. ^[8]; 31% varones y 69% mujeres según J.A. López-Escámez et al; 38,6% varones y 61,4% mujeres según J. Guilemany et al ^[11].

Distribución por edades: La edad promedio de los pacientes de nuestro estudio fue de 52,6 años a pesar de no incluir pacientes menores de 15 años, similar a la de otros autores, lo que posiblemente se deba a la menor frecuencia de esta patología en edad pediátrica: 55,5 años según López-Gentili et al. ^[8], 61 años según J. Guilemany et al. ^[11]

Además, las patologías más prevalentes han sido desglosadas por edad (**Figura 35**); mostramos aquí la edad promedio y desviación típica para los pacientes con:

- Vértigo posicional paroxístico benigno: $57,2 \pm 2,38$ años
- Síndrome de Menière: $43,71 \pm 2,44$ años.
- Presbivértigo: $70,07 \pm 2,18$ años.
- Neurinoma VIII par craneal: $59,50 \pm 4,97$ años.

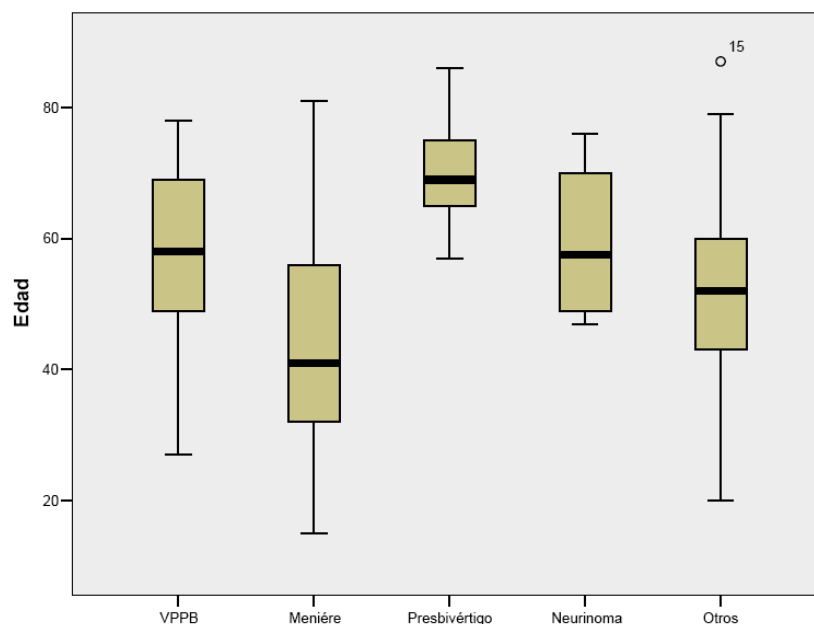


Figura 35: Distribución de la patología según la edad.

Si analizamos atentamente la edad, vemos que los picos de la gráfica corresponden a los rangos de edad de la patología previamente descrita (**Figura 36**)

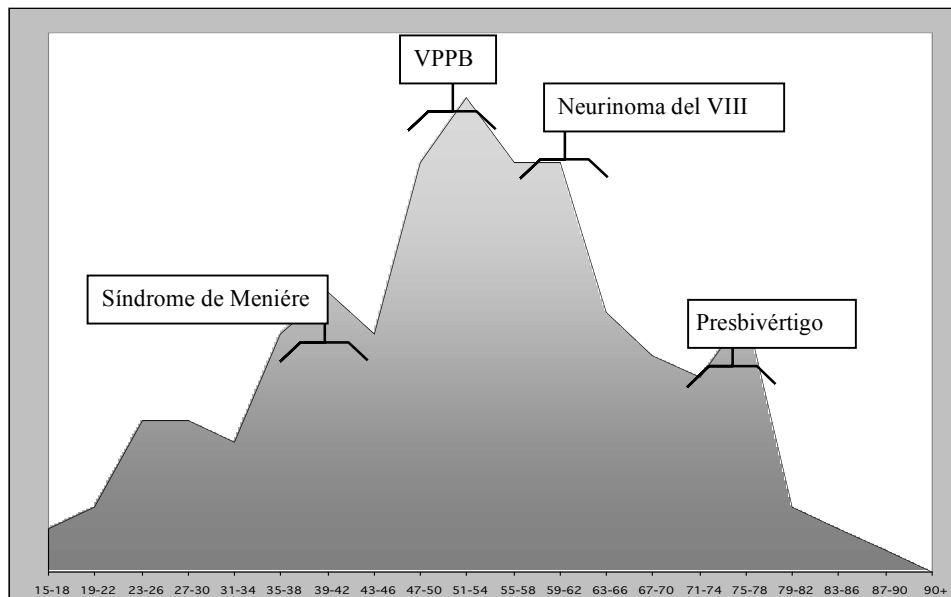


Figura 36: Correlación de la patología con la edad cronológica.

Procedencia de la derivación de pacientes:

No se ha encontrado ningún artículo que ofrezca datos para comparar.

Vemos que la gran mayoría de enfermos vienen de ambulatorio, para completar el estudio por su ORL tanto desde el área del hospital como desde fuera (52,4% de los enfermos).

Llama la atención la gran cantidad de personal hospitalario (13,9%) que acude directamente a las consultas, ya sean trabajadores o sus familiares. Los pacientes así visitados no tienen ningún filtro diagnóstico antes de la visita al especialista.

Las interconsultas hospitalarias tienen algo menos de peso específico (10,7%); forman parte del manejo multidisciplinario del paciente.

Otras consultas derivadas desde ambulatorio son aproximadamente el 10%, si contamos con médicos de familia y especialistas no ORL.

Parte de las historias clínicas no mostraban la procedencia de los enfermos (12,8%)

Los antecedentes familiares: vemos que pocas veces nos ayudan, puesto que el 67,9% no tiene antecedentes de interés. El 13,9% tienen familiares afectados de vértigo sin especificar, y el 4,8% de vértigo y sordera sin especificar. La enfermedad de Menière aparece como antecedente familiar en sólo un 1,1% de los pacientes.

Ruido laboral: El 13,9% de los pacientes habían trabajado en ambiente ruidoso, dato no expuesto en las otras series analizadas.

Hábitos tóxicos: El 24,6% de los pacientes reconocían el hábito tabáquico, y el 4,3% de los pacientes referían consumo elevado de alcohol. Los datos de tabaquismo son congruentes con los ofrecidos por la Encuesta Nacional de Salud de España 2006, con 27,01% tabaquismo global (32,16% varones, 22,1% mujeres). No es así en referencia a los datos sobre consumo de alcohol, ya que los datos ofrecidos son del 15% de la población general (muy lejos del 4,3% reconocido por los pacientes de nuestra muestra).^[17]

Ingesta de fármacos ototóxicos: El 9,3% de los pacientes reconocieron la ingesta prolongada de algún fármaco ototóxico. No se ha encontrado en ningún artículo que analice este dato.

Factores de riesgo cardiovascular: Hay toda una serie de factores de riesgo cardiovasculares que afectan a la población y que se comparan con los de la población general en Cataluña (P. Plans et al)^[18]. No hay estudios similares para poder compararlos:

- Hipertensión arterial en 21,9% de pacientes – **20% en la población.**
- Diabetes en el 7% de los pacientes - **4% en la población.**
- Hipercolesterolemia en 12,3% - **24% en la población.**
- Tabaquismo (ya mencionados en hábitos tóxicos).
- También se ha recogido la presencia de cardiopatía previa, en 7% de los casos, y el antecedente de AVC previo, en 1,3%.

Al analizar los datos y separar los pacientes por factores de riesgo, también comparándola con los datos facilitados por el Ministerio de Sanidad y consumo^[19], podemos ver:

1 – El 50,3% de los pacientes no presentan ningún factor de riesgo. En la población general, los varones no presentan ninguno en el 31,7% y las mujeres en el 53,2%. Es

probable que el resultado obtenido en nuestro grupo se deba a que existe un claro predominio de pacientes de sexo femenino.

2 – El 28,9% de los pacientes presentan 1 factor de riesgo. En la población general supone en varones el 41,2% y en mujeres el 40,4%.

3 - El 20,9% de los pacientes presentaban más de 1 factor de riesgo cardiovascular. En la población corresponde al 27,2% de los varones y el 6,4% de las mujeres.

Todos estos datos se comparan en la siguiente gráfica (**figura 37**):

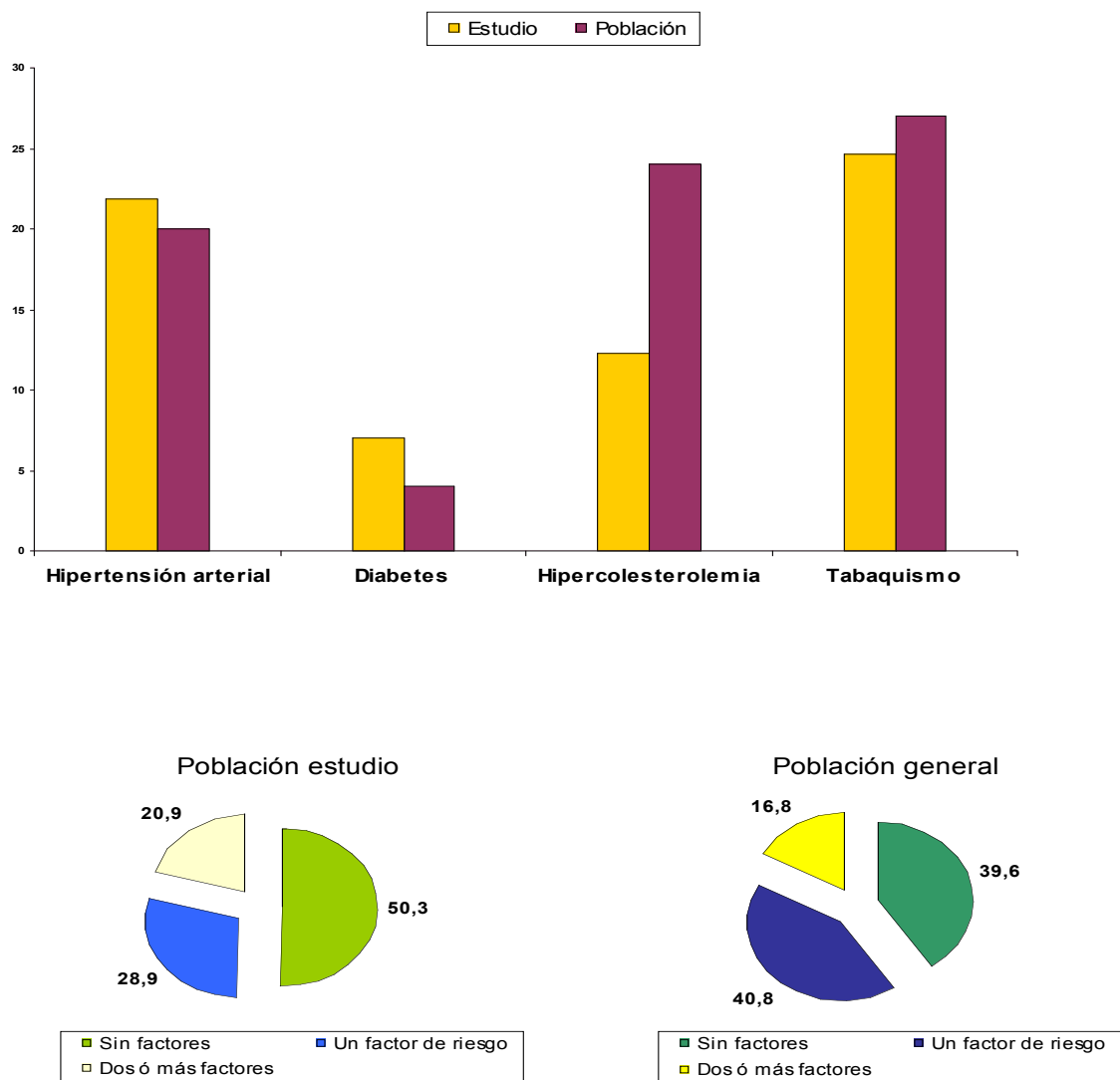


Figura 37: Principales factores de riesgo cardiovascular.

4.2 CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD VERTIGINOSA

Clínica vertiginosa: La clínica en la gran mayoría de casos fue la sensación rotatoria, seguido en frecuencia por el desequilibrio y posteriormente el mareo (sensación de inestabilidad) de manera aislada. Lo hemos comparado con los datos ofrecidos por el Grupo de Vértigo de la SEORL ^[1] y por López-Gentili et al. ^[9] en la **tabla 10:**

TABLA 10
Clínica presentada

Síntoma	Estudio	SEORL	López-Gentili et al.
Vértigo rotatorio	80,2%	31,6%	68,9%
Desequilibrio	65,8%	31,5%	12,4%
Sensación de inestabilidad (mareo)	5,3%	36,9%	1,8%

La importante variabilidad observada entre estas series es debido al diferente origen de los pacientes – atención primaria o centro especializado.

Tiempo de evolución: El rango entre la aparición del primer cuadro de vértigo hasta la primera visita en consultas fue de 1 a 540 meses, con una media de 49,99 meses y una desviación estándar de 75,94 meses. No se han encontrado datos con los que compararlo: el grupo de vértigo de la SEORL ofrece como media de 2,71 días lo que tardan los pacientes en acudir a su médico de cabecera – pero no a ORL. ^[1]

Acúfenos y pérdida auditiva: Tampoco se ha encontrado en ningún estudio similar datos para poder comparar los datos.

El 46% de los pacientes no presentan acúfenos. El 21,9% presentan acúfenos agudos, el 31,5% acúfenos graves y el 0,5% pulsátiles.

La pérdida auditiva se ha separado como ya se ha comentado en pacientes normooyentes (el 38,5%), que no presentaban pérdida auditiva significativa de ningún oído; el 37,4% presentaban una pérdida leve de audición, de uno o ambos oídos; el 24,1% de los pacientes presentan una pérdida moderada, severa o profunda.

4.3 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Se realizaron maniobras de Dix-Hallpike en el 59,4%, PEATC en el 43%, VNG en el 41,7%, RMN en el 31,2 de los radiólogo TC en el 16,6%, Craneocorpografía en 10,8%; otoemisiones acústicas en el 10,4%. No se encontró ningún estudio para comparar los datos.

La evolución tecnológica ha supuesto una mejor precisión diagnóstica, a pesar del incremento del coste de estas exploraciones y la necesidad de disponer de personal especializado. Por ello, la línea básica de exploraciones complementarias incluyen para la valoración auditiva la audiometría y la impedanciometría, y para la valoración vestibular, la exploración de los signos de disfunción vestibular estática y dinámica. Los hallazgos en este primer filtro señalan la idoneidad de una prueba para cada caso concreto. **Figura 38:**

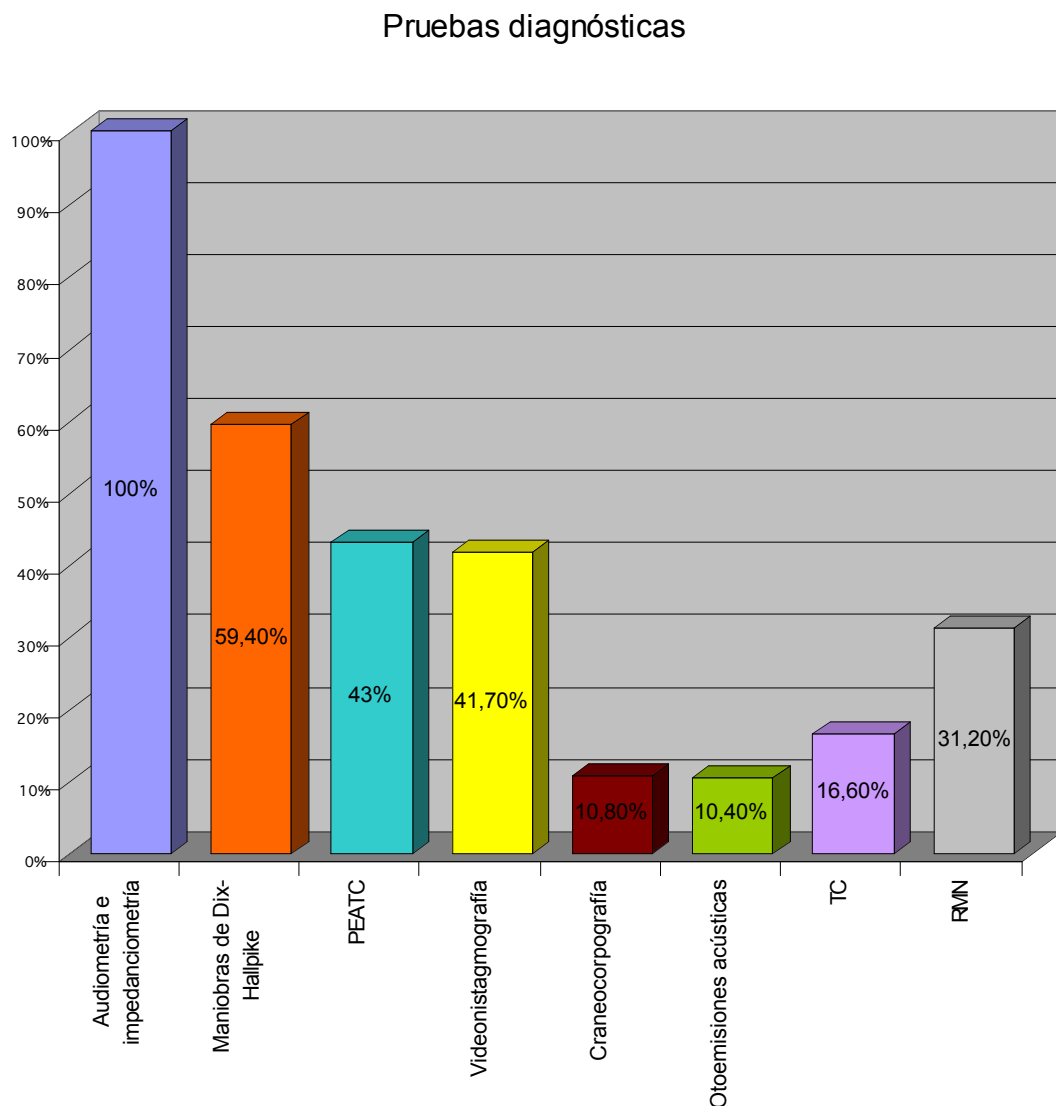


Figura 38: Pruebas diagnósticas complementarias.

4.4 EVALUACIÓN DE LA INCAPACIDAD:

De todos los pacientes que respondieron al cuestionario, nos centraremos en las dos patologías más frecuentes: VPPB y síndrome de Menière:

- 1) VPPB: Contestaron un total de 12 pacientes. El tiempo de evolución de su enfermedad fue de 45,1 meses. La media de respuestas dadas fue:
 - a. **Emocional:** 6,33 (45,2%)
 - b. **Funcional:** 7,2 (36%)
 - c. **Orgánica:** 6,46 (53,8%)
 - d. **TOTAL:** 19,99 (43,5%)
- 2) Síndrome de Menière: Contestaron un total de 18 pacientes. El tiempo de evolución de su enfermedad fue de 65,95 meses. La media de respuestas fue:
 - a. **Emocional:** 4,5 (32,1%)
 - b. **Funcional:** 6,11 (30,6%)
 - c. **Orgánico:** 6,3 (52,5%)
 - d. **TOTAL:** 16,91 (36,8%)

A pesar de la pequeña muestra de pacientes que respondieron, llama la atención del cuestionario que hay una mayor afectación de los pacientes con VPPB que con síndrome de Menière. Estos datos son congruentes con los ofrecidos por Pardal J.L. ^[14], donde el tiempo de evolución también influye, aunque creemos que la edad superior en este grupo puede ser otro factor predisponente. Se compara en la **tabla 11**; en el primer cuadro los resultados de nuestro estudio, en el segundo los resultados de Pardal.

TABLA 11
Resultados de CEMPV

	VPPB	Menière	VPPB	Menière	VPPB	Menière
Evolución	45,1	65,95	<1,5	<1,5	>24	>24
Emocional	45,2%	32,1%	6,4%	50,5%	42,4%	33,3%
Funcional	36%	30,6%	13,3%	35,5%	61%	47,8%
Orgánico	53,8%	52,5%	50,8%	30,6%	62,8%	64,7%
TOTAL	43,5%	36,8%	21%	38,77%	55,8%	47,8%

Teniendo en cuenta el tiempo de evolución en nuestro estudio, se debe comparar con los resultados obtenidos por Pardal. en evolución superior a 24 meses; sus resultados muestran aún más diferencias entre VPPB y el síndrome de Menière que la que se aprecia en nuestro estudio, y aún más afectación orgánica para ambas patologías. **Figura 39:**

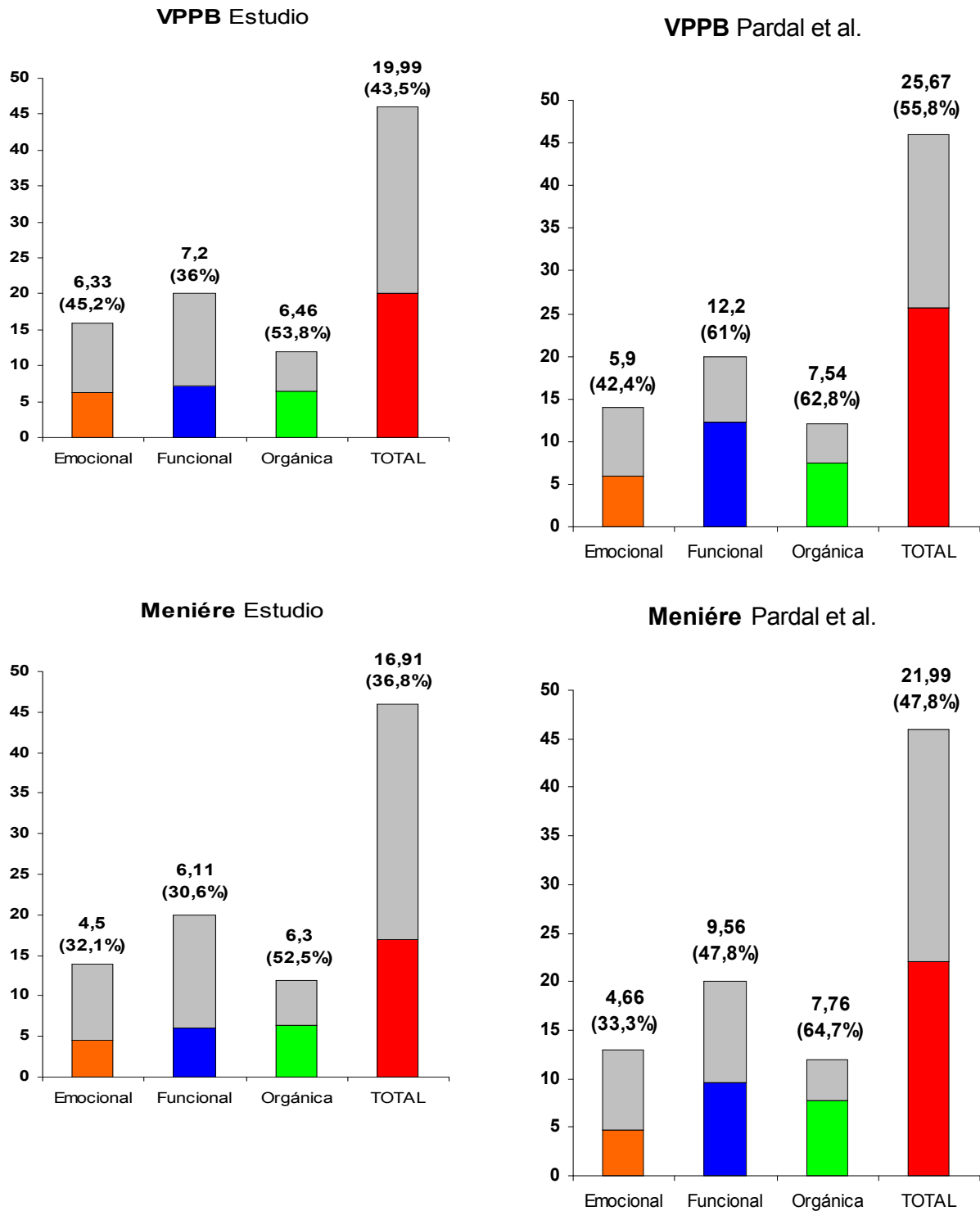


Figura 39: Resultados comparativos de CEMPV: VPPB y síndrome de Menière.

4.5 DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico obtenido en nuestro estudio fue: vértigo periférico en 71,65% pacientes, vértigo de origen central en 6,5%, vértigo mixto en 5,34%, y patología exclusivamente psiquiátrica en 16%. Los datos de otros autores son los siguientes:

Estudios sobre población general:

- López-Gentili et al. ^[8,9]
 - o Vértigo periférico en 40,86%
 - o Vértigo central en 52,59%
 - o Vértigo mixto en 1,5%
 - o Patología psiquiátrica en 5,05%
- Kroenke K. et al. ^[6]
 - o Vértigo periférico en 52,4%
 - o Vértigo central en 32,1%
 - o Vértigo mixto en 4,8%
 - o Patología psiquiátrica en 10,7%
- Sloane P. et al. ^[7]
 - o Vértigo periférico en 31%
 - o Vértigo central en 11%
 - o Vértigo mixto en 13%
 - o Patología psiquiátrica en 17%
 - o Sin diagnóstico en 26%

Grupo de vértigo de la SEORL (encuestas a los especialistas

ORL de hospital): ^[1]

- o Vértigo periférico en 57,6% de casos
- o Vértigo central en el 10,5%.
- o Vértigo cervical en 19%.
- o Patología sin definir 12,9%

En hospital de tercer nivel (estudio de Guilemany et al.): ^[11]

- o Vértigo periférico en 65,16%
- o Vértigo central en 18,15%
- o Vértigo mixto en 9,6%
- o Patología psiquiátrica en 6,08%
- o Sin diagnóstico en 1,01%

El estudio en hospital de tercer nivel de Guilemany et al. es el que más se parece, en cuanto a población y diseño, al nuestro, aunque dado que nuestro trabajo sólo se incluyeron pacientes diagnosticados no tenemos grupo comparativo de pacientes sin diagnóstico visitados en este período. Los resultados de éste son muy similares a los de nuestro estudio para vértigo periférico, una mayor tasa de patología central y mixta que en nuestro estudio y un menor porcentaje de patología psiquiátrica.

A diferencia de nuestro estudio, el grupo de vértigo de la SEORL y el estudio de Guilemany et al. aceptan la existencia del vértigo “cervical” (sin relación con la insuficiencia vértebro-basilar), y por ello se incluye en la **tabla 12** junto con el resto de patología desglosada (página siguiente):

TABLA 12

Diagnósticos comparados con otros estudios

Diagnóstico	López-Gentili. ^[8,9]	Kroenke K ^[6]	Sloane P ^[7]	J-M Guilemany ^[11]	Estudio
<u>Patología de oído medio</u>	4,48%	2%	20,4%	3,02%	8,6%
Otosclerosis	-	-	-	1,01%	3,7%
OM aguda	-	-	-	-	-
OM crónica simple	-	-	-	-	2,1%
OM crónica colesteatomatosa	-	-	-	0,5%	2,1%
Fistula de CS Externo	-	-	-	-	0,5%
Traumatismos/malformaciones OM	-	-	-	-	-
Otros/sin especificar	4,48%	2%	20,4%	1,51%	-
<u>Patología de oído interno</u>	38,12%	28%	32%	29,44%	60,9%
VPPB	15,8%	14%	-	4,08%	17,6%
Laberintitis	-	-	-	-	0,5%
Laberintoplejia	1,8%	-	-	3,03%	0,5%
Síndrome de Menière	5,46%	14%	-	21,83%	31%
Traumatismos laberínticos	4,61%	-	-	-	1%
Fistulas perilinfáticas	3,3%	-	-	-	0,5%
Malformaciones de oído interno	-	-	-	-	-
Presbivértigo	-	-	-	-	6,4%
Toxicidad laberíntica	-	-	-	-	0,5%
Otras/sin especificar	7,15%	-	32%	-	1,6%
<u>Patología del VIII par craneal</u>	1,56%	3%	-	3,03%	2,1%
Neuritis vestibular	0,85%	3%	-	1,01%	-
Neurinoma del VIII par craneal	0,71%	-	-	2,02%	2,1%
Otras/sin especificar	-	-	-	-	-
<u>Vértigo cervical</u>	-	-	-	29,95%	-
<u>Vértigo central</u>	52,59%	11%	32,1%	18,15%	6,95%
Vascular	11,44%	-	17,5%	1,51%	2,7%
Insuficiencia vértebro-basilar	-	-	-	-	0,5%
Accidente vascular cerebral (AVC)	6,47%	10%	9,8%	4,57%	1,1%
Desmielinizante	0,36%	-	-	-	-
Tumoral	1,31%	-	-	-	-
Malformativo/ Infeccioso/Epilepsia	-	-	-	-	-
Migraña	-	1%	-	9,13%	-
Otros	33,96%	-	4,8%	3,03%	2,7%
<u>Vértigo mixto</u>	1,5%	13%	4,8%	9,64%	5,34%
<u>Patología psiquiátrica</u>	5,05%	17%	10,7%	6,08%	16%
<u>Sin diagnóstico</u>	-	26%	-	1,01%	-

5. CONCLUSIONES

- 1- Existe un predominio del sexo femenino y de edad media.
- 2- 1/5 parte de los pacientes presentaron antecedentes familiares de vértigo.
- 3- Exceptuando la diabetes, los demás antecedentes de riesgo cardiovascular son similares a los de la población general.
- 4- Tanto el vértigo como la inestabilidad son síntomas predominantes.
- 5- La afectación auditiva es frecuente en estos pacientes.
- 6- El vértigo posicional es la patología más frecuentemente observada y genera un alto grado de incapacidad.
- 7- Es necesario un mejor filtro en atención primaria para descartar patología psiquiátrica.

6. BIBLIOGRAFÍA

- [1] L. Ayala, A. Barrio Castillo, J. Bartual Pastor, L.D. Beltrán Mateos, C. Cervera Radigales, M. Ciges, R. De España, A. Denia Lafuente, C. Díaz Fernández, M. Dicenta, F. Fernández Cervilla, N. Galindo, A. M^a García Arumí, C. Gavilán, M. González Pérez, R. Jiménez, T. Labella, M. Mañós Gonzalbo, M. Mañós Pujol, J. F. Martí Masso, J. Marco Algarra, A. Martínez Ibarguen, C. Morera Pérez, F. Morote Jurado, J.L. Pardal Refoyo, H. Pérez Garrigues, P. Quesada, J.M^a Sánchez Fernández, A. Sánchez del Rey, F. Santaolalla Montoya, R. Sanz Fernández, A. Soto, C. Suárez, J. Trasera. GRUPO DE VÉRTIGO DE LA S.E.O.R.L. *El Vértigo. Actualización y valoración en España*. Editorial GRUPO Aula Médica, S.A. 1996.
- [2] Roman S et Thomassin JM. *Physiologie vestibulaire*. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie 20-198-A-10, 2000, 14 p.
- [3] ToupetMet Imbaud-Genieys S. *Examen clinique et paraclinique du patient atteint de vertiges et/ou de troubles de l'équilibre*. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-199-A-10, 2002, 21 p.
- [4] C. de Waele, P. Tran ba Huy. *Exploration du système vestibulaire*. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-199-M-10
- [5] Jean-Pierre Sauvage, Mathieu Eaux, François Bories. *Diagnostic étiologique des vertiges*. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-200-A-10.
- [6] Kroenke K, Lucas CA, Rosenberg ML, et al. *Causes of persistent dizziness. A prospective study of 100 patients in ambulatory care*. Ann Intern Med 1992; 117: 898-904.
- [7] Sloane P, Dallara J, Roach C, Bailey KE, Mitchell M, McNutt R. *Management of dizziness in primary care*. J Am Board Fam Pract 1994; 7: 1-8.
- [8] L. I. López-Gentili, M. Kremenutzky, P. Salgado. *Análisis estadístico de 1300 pacientes con mareo-vértigo. Causas más frecuentes*. Rev Neurol 2003; 36 (5): 417-420.
- [9] L. I. López-Gentili, M. Kremenutzky, P. Salgado. *Base de datos para pacientes con trastornos del equilibrio*. Rev Neurol 2003; 36 (10): 960-965.
- [10] Neuhauser, H K. MD, MPH; von Brevern, M MD; Radtke, A MD; Lezius, F; Feldmann, M; Ziese, T MD; Lempert, T MD, PhD. *Epidemiology of vestibular vertigo: a neurotologic survey of the general population*. Neurology, Vol 65 (6). September 27, 2005. 898-904.
- [11] J.-M. Guilemany, P. Martínez, E. Prades, I. Sañudo, R. De España, A. Cuchi. *Clinical and Epidemiological Study of Vertigo at an Outpatient Clinic*. Acta Otolaryngol 2004; 124: 49-52.
- [12] Nancy Chawla, MD., Johnathan S. Olshaker, MD. *Diagnosis and Management of Dizziness and Vertigo*. Med Clin N Am 90 (2006) 291-304.
- [13] A. Cesarani, D. Alpini, B. Monti, G. Raponi. *The treatment of acute vertigo*. Neurol Sci (2004) 24:S26-S30.
- [14] Pardal, J.L. *Cuestionario para la evaluación de la minusvalía en patología vestibular: modelo, aplicación y utilidad*. O.R.L. – DIPS. 1997. XXIV / 2:53-58
- [15] Pérez, N., Garmendia, I., Martín, E., García-Tapia, R. *Adaptación cultural de dos cuestionarios de medida de la salud en pacientes con vértigo*. Acta Otorrinolaringol Esp 2000; 51 (7): 572-580.
- [16] J. A. López-Escámez, M. Gómez Fiñana, A. Fernández, I. Sánchez Canet, M. J. Palma, J. Rodríguez. *Evaluación del Tratamiento del Vértigo Posicional Paroxístico Benigno mediante el cuestionario DHI-S*. Acta Otorrinolaringol Esp 2001;52: 660-666.
- [17] *Encuesta Nacional de Salud de España 2006*. Instituto Nacional de Estadística 2006.
- [18] P. Plans, H. Pardell, LL. Salleras. *Epidemiology of Cardiovascular Disease Risk Factors in Catalonia (Spain)*. Eur. J. Epidemiol. July 1993, p. 381-389.
- [19] *Factores de Riesgo cardiovascular en la población Española*. Ministerio de Sanidad y Consumo.