



Vértigo: correlación entre los indicadores objetivos y subjetivos de gravedad, incapacidad y limitación funcional

Gabriel Eugenio Cruz-Zorrilla²
Nicolás Pérez-Fernández¹
Mario Sabas Hernández-Palestina³
Paul Carrillo-Mora⁴

¹ Director del Departamento de Otorrinolaringología, Clínica de la Universidad de Navarra, Pamplona, España.

² Otorrinolaringólogo egresado.

³ Subdirector de Otorrinolaringología.

⁴ Investigador en Ciencias Médicas. Instituto Nacional de Rehabilitación, Ciudad de México, México.

RESUMEN

Antecedentes: los trastornos del equilibrio se pueden manifestar como vértigo, mareo o inestabilidad y representan uno de los motivos de consulta más frecuente para el médico familiar. El tratamiento de los pacientes con trastornos vestibulares tradicionalmente se ha dirigido a la enfermedad orgánica tomando en cuenta únicamente los indicadores objetivos y restando importancia a los efectos que tienen en la calidad de vida los factores emocionales, sociales y otras comorbilidades, como la ansiedad y la depresión.

Objetivo: estudiar la correlación e interacción entre los factores objetivos y subjetivos y la gravedad e incapacidad de los síntomas vertiginosos.

Pacientes y método: estudio prospectivo, observacional, transversal y analítico, en el que los factores objetivos se midieron por medio del Índice Clínico, razón matemática que resume la exploración otoneurológica y los resultados de los estudios de gabinete; mientras que los factores subjetivos se exploraron con la aplicación de escalas validadas para la población de estudio, como el Cuestionario de Impacto Emocional del Vértigo (CIEV), la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), la escala de Severidad de Síntomas Vertiginosos (VSS) y el Inventario de Discapacidad por Vértigo (DHI).

Resultados: se encontró una baja correlación entre el Índice Clínico y las escalas subjetivas, así como una prevalencia elevada de rasgos de ansiedad y depresión. Observamos que el patrón de aparición de los síntomas vestibulares tiene mayor influencia en la gravedad e incapacidad que otras variables, como la edad y el género. El principal factor con respecto a la calidad de vida parece ser la percepción que el paciente tiene acerca de sus síntomas y la falta de control sobre éstos.

Conclusiones: el uso de cuestionarios para estudiar los factores objetivos y subjetivos de gravedad, incapacidad y limitación funcional es fundamental, porque estos factores tienen mayor influencia en la evolución y el pronóstico que los hallazgos objetivos de la exploración física y los estudios complementarios.

Palabras clave: vértigo, indicadores objetivos, indicadores subjetivos, gravedad, incapacidad, limitación funcional.

Recibido: 22 de enero 2014

Aceptado: 18 de abril 2014

Correspondencia: Dr. Gabriel Eugenio Cruz Zorrilla
Camino a Santa Teresa 1055-680
10700 México, DF
dr.cruzzorrilla@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Cruz-Zorrilla GE, Pérez-Fernández N, Hernández-Palestina MS, Carrillo-Mora P. Vértigo: correlación entre los indicadores objetivos y subjetivos de gravedad, incapacidad y limitación funcional. An Orl Mex 2014;59:181-186.

Vertigo: Correlation between Objective and Subjective Indicators of Severity, Disability and Functional Limitation

ABSTRACT

Background: Vestibular disorders represent one of the most common complaints seen at the primary care level and usually manifests as dizziness, vertigo or instability. The management of dizzy patients has inclined traditionally on treating the underlying organic disease, taking into account only objective parameters, which may underestimate the effects the symptoms may have on the patient's quality of life through social, emotional and psychological factors.

Objective: To explore the correlation and effect that both objective and subjective factors have on the severity of the symptoms and the effect on the patient's life.

Patients and method: A prospective, observational, transversal and analytic study was done measuring the objective factors through the Clinical Index, which is a numeric value that represents the alterations found after the otoneurologic examination and on vestibular tests. The subjective factors were explored through the application of several questionnaires such as Questionnaire of Emotional Impact of Vertigo (CIEV), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Vertigo Symptom Scale (VSS) and Dizziness Handicap Inventory (DHI), which were validated for the target population.

Results: We found a low correlation between our objective and subjective measurements and also a high prevalence of anxiety and depression on our population. Our results support the fact that the dizziness pattern of presentation by itself has more influence on the severity and effects the symptoms have on the patient than other variables such as age and sex. The most important factor affecting quality of life seems to be the perception the patient has of his own symptoms and the lack of control he has over them.

Conclusions: The use of questionnaires to study objective and subjective factors of severity, disability and functional limitation is essential, because these factors have more influence on evolution and prognosis than objective findings of physical exploration and complementary studies.

Key words: vertigo, objective indicators, subjective indicators, severity, disability, functional limitation.

ANTECEDENTES

Las enfermedades que pueden manifestarse con trastornos del equilibrio son muy variadas en su

etiología y pronóstico y se manifiestan como vértigo, mareo o inestabilidad. Representan, en su conjunto, uno de los motivos de consulta más frecuentes, con prevalencia de 15 a 35%



en la población abierta, lo que ocasiona algún grado de incapacidad, incluso, en 25% de los pacientes. El tratamiento de los pacientes con trastornos vestibulares tradicionalmente se ha dirigido a la enfermedad orgánica tomando en cuenta únicamente los hallazgos objetivos y restando importancia a los efectos que tienen en la calidad de vida los factores emocionales, sociales y otras comorbilidades, como la ansiedad y la depresión.

El objetivo principal de este trabajo es analizar en un grupo de pacientes con trastornos del equilibrio el efecto que ejercen factores como el género, la edad y las características de aparición de los síntomas vestibulares en la gravedad objetiva y subjetiva, la repercusión en la calidad de vida y la limitación funcional.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio prospectivo, observacional, transversal y analítico que incluyó a 75 pacientes con trastornos del equilibrio, valorados de manera consecutiva entre mayo y noviembre de 2011 en la Clínica de Patología Vestibular de la Clínica de la Universidad de Navarra en Pamplona, España (Figura 1).

La gravedad objetiva se evaluó con el parámetro Índice Clínico, que corresponde al resumen de los resultados obtenidos en la exploración otoneurológica completa y de estudios auxiliares como pruebas térmicas, videonistagmografía, sillón rotatorio, posturografía y potenciales vestibulares miogénicos cervicales evocados. El intervalo del Índice Clínico va de 0 a 1, de manera que a mayor número de pruebas clínicas alteradas por paciente, más cercano será a 1, por lo que se infiere que tiene mayor gravedad objetiva.

El efecto subjetivo se midió con la aplicación supervisada de cuestionarios validados para la población estudiada. Los rasgos de ansiedad y depresión se valoraron con la Escala de Ansiedad

y Depresión Hospitalarias (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), la repercusión emocional por medio del Cuestionario de Impacto Emocional del Vértigo (CIEV), la severidad e incapacidad ocasionados por el trastorno del equilibrio con las escalas de Severidad de Síntomas Vertiginosos (Vertigo Symptom Scale, VSS) y el Inventario de Discapacidad por Vértigo (Dizzines Handicap Inventory, DHI).

Para fines comparativos los pacientes se distribuyeron, de acuerdo con el tipo de aparición de su trastorno del equilibrio, en tres grupos. En el grupo 1 se incluyeron los pacientes con trastornos del equilibrio no posicionales recurrentes (enfermedad de Ménière, migraña vestibular y vértigo espontáneo recurrente). El grupo 2 incluyó a los pacientes con diagnóstico de vértigo postural paroxístico benigno, en los que el trastorno del equilibrio es de carácter recurrente y posicional; por último, el grupo 3 incluyó a los pacientes con trastornos del equilibrio de tipo crónico y continuo e incluyó los diagnósticos de neuritis, laberintitis, vértigo postraumático e inestabilidad crónica inespecífica.

Los resultados se analizaron con el paquete estadístico Prism v.5.01, se realizó el coeficiente r de Pearson para los puntajes obtenidos en el índice clínico y en las escalas subjetivas en los diferentes grupos diagnósticos; χ^2 en las tablas de contingencia para buscar las diferencias entre los puntajes de las escalas por género y edad, el análisis univariado ANOVA se usó con posprueba de Bonferroni para los puntajes de las escalas por edad y prueba de Mann-Whitney por género.

RESULTADOS

De acuerdo con los resultados de la escala de ansiedad y depresión (HADS), encontramos que 43% de los pacientes tuvo rasgos de ansiedad, 28% de depresión y 22% de ambos. Al analizar el comportamiento por género, observamos que

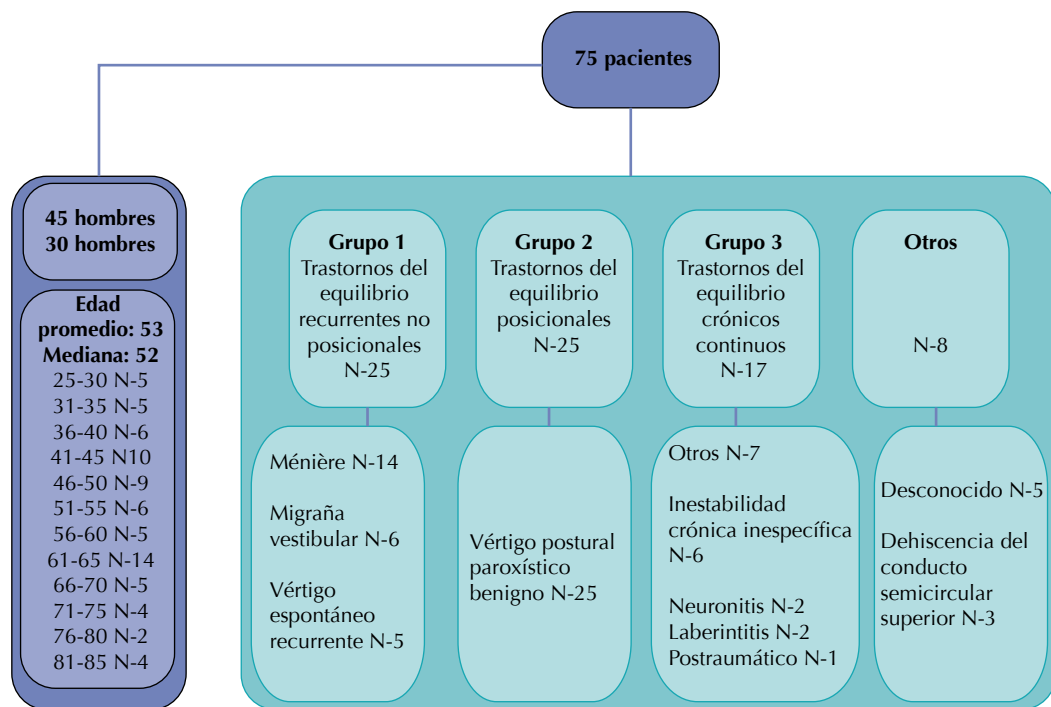


Figura 1. Características de la población.

34% de los hombres tuvieron ansiedad y 13%, depresión; mientras que en las mujeres, las cifras fueron 46 y 13%, respectivamente.

No encontramos relación entre la gravedad objetiva, subjetiva y la incapacidad con base en la edad, el género o el diagnóstico específico del paciente.

En los pacientes en quienes los síntomas vestibulares aparecieron de improvisto, sin asociarse con la posición cefálica (grupo 1), la mayor parte de las escalas subjetivas de factores emocionales mostraron valores de *p* significativos, con tendencia a ser mayores para la severidad somática, la puntuación total en el Inventario de Discapacidad por Vértigo (DHI) y la subescala efecto emocional) y tenían mayor predisposición a

mostrar rasgos de ansiedad. Las escalas con menor peso fueron las de gravedad e incapacidad.

Al analizar los resultados de los pacientes con vértigo postural (grupo 2), encontramos un comportamiento diferente al de los otros grupos, porque fue el único grupo en el que el Índice Clínico se relacionó con indicadores de incapacidad (puntuación total en el Inventario de Discapacidad por Vértigo [DHI] y las subescalas efecto físico y psicológico), mientras que las escalas de factores emocionales fueron menos frecuentes.

En los pacientes con afección crónica y continua del equilibrio (grupo 3), el comportamiento de las diferentes escalas fue similar al observado en el grupo 1; sin embargo, la escala de severidad

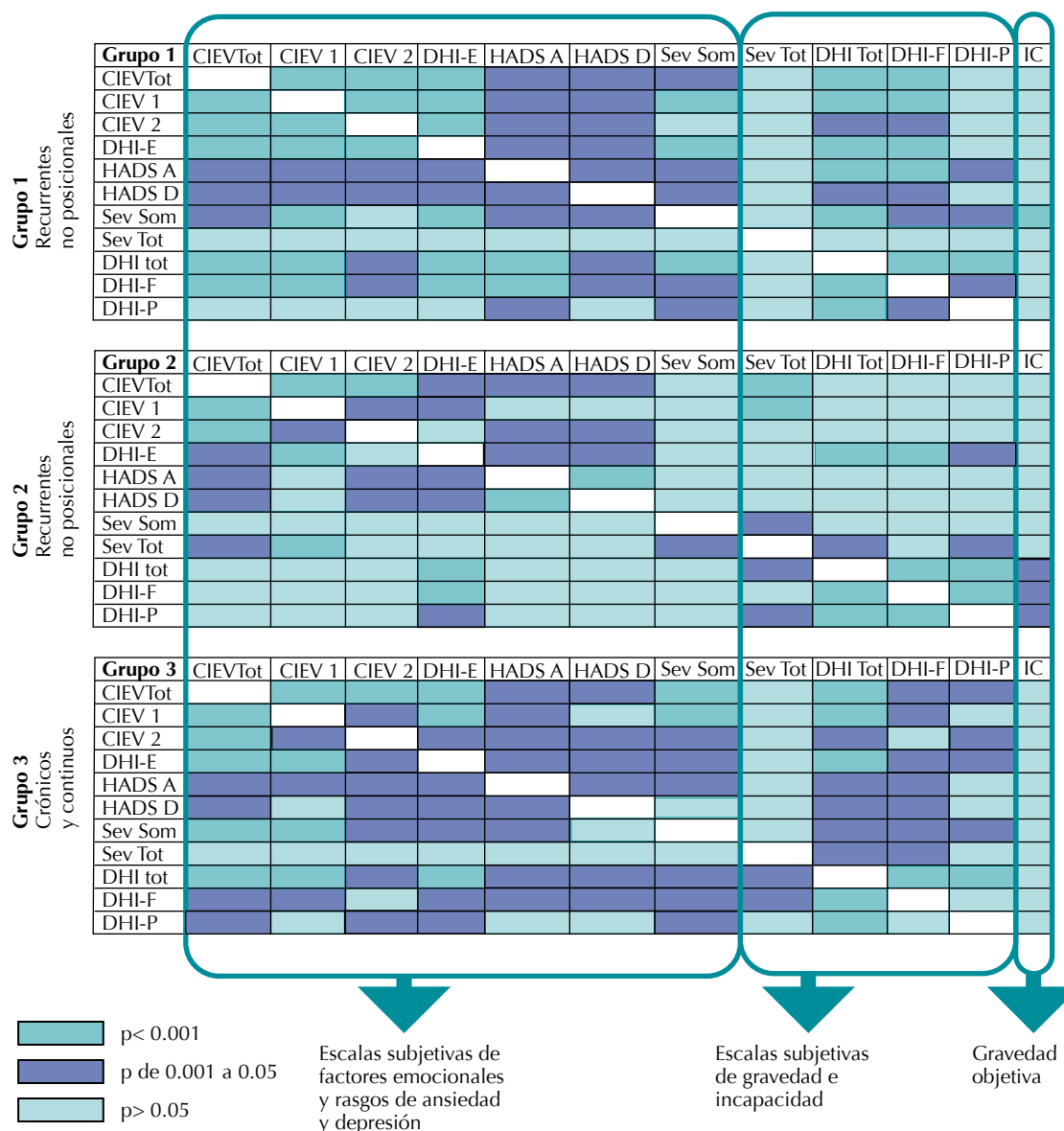


Figura 2. Correlación de hallazgos por grupo diagnóstico.

CIEV: Cuestionario de Impacto Emocional del Vértigo; DHI: Inventario de Discapacidad por Vértigo; tot: total; E: subescala efecto emocional; F: subescala efecto físico; P: subescala efecto psicológico; HADS: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión; Sev Som: severidad somática; Sev Tot: severidad total; IC: Índice Clínico.

total se asoció de manera significativa con la puntuación total en el Inventario de Discapacidad por Vértigo (DHI) y la subescala efecto físico. Las escalas con las mayores asociaciones fueron el Cuestionario de Impacto Emocional del Vértigo total, el Inventario de Discapacidad por Vértigo (DHI) total y, en particular, la subescala emocional, lo que sugirió que existe una estrecha relación entre los componentes de ansiedad y de personalidad evidenciados por esas escalas y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) A. Al analizar el comportamiento de la HADS A, observamos que tuvo asociación con todas las variables, excepto con la severidad total, la puntuación total en el Inventario de Discapacidad por Vértigo (DHI) y la subescala efecto psicológico y el Índice Clínico (Figura 2).

CONCLUSIONES

El uso de cuestionarios para estudiar los factores objetivos y subjetivos de gravedad, incapacidad y limitación funcional es fundamental, porque estos factores tienen mayor influencia en la evolución y el pronóstico que los hallazgos objetivos de la exploración física y los estudios complementarios. Con base en el comportamiento de los indicadores estudiados, podemos sugerir que el principal factor que repercute en la calidad de vida se relaciona con la percepción del paciente de la falta de control de la aparición de sus síntomas y la manera en que esto repercute en sus actividades cotidianas.

Agradecimientos

Mi más sincero agradecimiento al Dr. Mario Hernández Palestina por haberme dado la oportunidad de formar parte de su equipo en el Instituto Nacional de Rehabilitación. Sus enseñanzas en el área de la Otorrinolaringología son incontables, pero se opacan ante su vocación de servicio y filosofía de vida.

Agradezco ampliamente al Dr. Manuel Manrique y al Dr. Nicolás Pérez por abrirme las puertas de su hospital y compartir conocimiento y experiencias, incluyendo el concepto que dio origen a este proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burt CW, Schappert SM. Ambulatory care visits to physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments: United States, 1999-2000. *Vital Health Stat* 2004;13:1-70.
2. Nazareth I, Yardley L. A clinical approach to dizziness. *J Clin Outcomes Med* 2002;9:159-167.
3. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 2002;52:69-77.
4. Ceballos R, Vargas A. Aplicación y utilidad del Dizziness Handicap Inventory en pacientes con vértigo del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 2004;49:176-183.
5. Duracinsky M, et al. Literature review of questionnaires assessing vertigo and dizziness, and their impact on patients' quality of life. *Value Health* 2007;10:273-284.
6. Eckhardt-Henn A, Breuer P, Thomalske C, Hoffmann SO, Hopf HC. Anxiety disorders and other psychiatric subgroups in patients complaining of dizziness. *J Anxiety Disord* 2003;17:369-388.
7. Jacobson GP, Newman CW. The development of the Dizziness Handicap Inventory. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1990;116:424-427.
8. Perez N, Martin E, Garcia Tapia E. Dizziness: Relating the severity of vértigo to the degree of handicap by measuring vestibular impairment. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;128:372-381.
9. Kurre A, Straumann D, van Gool CJ, Gloor-Juzi T, Bastiaenen CH. Gender differences in patients with dizziness and unsteadiness regarding self-perceived disability, anxiety, depression, and its associations. *BMC Ear Nose Throat Disord* 2012;12:2.
10. Staab JP, Ruckenstein MJ. Chronic dizziness and anxiety-effect of course of illness on treatment outcome. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;131:675-679.
11. Yardley L, Medina SM, Jurado CS, et al. Relationship between physical and psychosocial dysfunction in Mexican patients with vertigo: a cross-cultural validation of the vertigo symptom scale. *J Psychosom Res* 1999;46:63-74.