ID: 10.33881/1657-2513.art.21203

ĬbērAM
Investigación | Research

Calidad de vida en personas que padecen vértigo posicional paroxístico benigno

Quality of life in people suffering from benign paroxysmal positional vertigo

aylyn Nicole **Bastidas Schade**
Consuelo **San Martin Vivanco**
Luis **Sierra Salazar**

Photo By/Foto: Autor

ART Volumen 21 #2 julio - diciembre

Revista ARETÉ Fonoaudiología

ISSN-l: 1657-2513 | e-ISSN: 2463-2252

Revista
ARETÉ
ISSN-l: 1657-2513 | e-ISSN: 2463-2252 Fonoaudiología

ID: 10.33881/1657-2513.art.21203

Title: Quality of life in people suffering from benign paroxysmal positional vertigo

Título: Calidad de vida en personas que padecen vértigo posicional paroxístico benigno

Alt Title / Título alternativo:

[en]: Quality Of Life In People Suffering From Benign Paroxysmal Positional Vertigo

Author (s) / Autor (es):

Bastidas Schade , San Martin Vivanco & Sierra Salazar

Keywords / Palabras Clave:

[en]: Epley replacement maneuver; Benign Paroxysmal Positional Vertigo; Quality of life; nystagam; self-perception.

[es]: Maniobra de reposición Epley; Vértigo Posicional Paroxístico Benigno; Calidad de vida; nistagmo; autopercepción.

Submited: 2021-02-02

Acepted: 2021-03-03

Resumen

La presente investigación da a conocer el impacto de la maniobra de reposición Epley en la calidad de vida de las personas que padecen de vértigo postural paroxístico benigno, de 35 años y más. Para el conocimiento de la calidad de vida se aplicó un test de autopercepción llamado Dizziness Handicap Inventory (DHI), el cual se tomó antes y después de la maniobra de Epley, en un periodo de tres semanas, con el fin de verificar si la calidad de vida variaba en función al tratamiento. La Metodología en la investigación fue descriptiva-comparativa, ya que, busca establecer la diferencia de las personas pre y post maniobra de reposición, la dimensión fue longitudinal y la muestra fueron 12 personas escogidas de forma no aleatoria. En relación a los resultados se observa que existe una mejoría en la calidad de vida a la hora de comparar los resultados antes y después del tratamiento.

Abstract

This research reveals the impact of the Epley replacement jaw on people suffering from benign paroxysmal postural vertigo, 35 years of age and older. To know the quality of life, a self-perception test called Dizziness Handicap Inventory (DHI) was applied, which must be performed before and after the Epley maneuver, in order to verify whether the quality of life varied or not depending on the treatment. The methodology in the research was descriptive-comparative, since it seeks to establish the difference of the people before and after the replacement maneuver, the dimension was longitudinal and the sample was 12 people chosen in a non-random way. Regarding the results, it is observed that there is an improvement in the quality of life when comparing the results before and after treatment
.

Citar como:

Bastidas Schade , A. N., San Martin Vivanco , C. ., & Sierra Salazar , L. (2021). Calidad de vida en personas que padecen vértigo posicional paroxístico benigno.. ***Areté,*** 20 (1), 21-28. Obtenido de: *https://arete.ibero.edu.co/article/view/2077*

Aylyn Nicole **Bastidas Schade**
ORCID: *0000-0003-3272-4241*

Source | Filiacion:
Universidad Pedro de Valdivia

BIO:
Licenciada en Fonoaudiologia

City | Ciudad:
Chile

e-mail:
aylyn_schade@hotmail.com

Consuelo **San Martin Vivanco**
Research ID: *PENDIENTE*
ORCID: *PENDIENTE*

Source | Filiacion:
Universidad Pedro de Valdivia

BIO:
licenciada en Fonoaudiólogia

City | Ciudad:
Chile

e-mail:
consuelosanmartinvivanco@gmail.com

Luis **Sierra Salazar**, Mgtr
ORCID: *0000-0002-0348-4915*

Source | Filiacion:
Universidad Pedro de Valdivia

BIO:
Fonoaudiólogo, Magister en Educacion Superior.

City | Ciudad:
Chile

e-mail:
luis.sierra@upv.cl

Para su más amplia difusión, esta obra y sus contenidos se distribuyen bajo licencia: **Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 International** Se autoriza cualquier tipo de reproducción y sus diferentes usos, siempre y cuando se preserve la integridad del contenido y se cite la fuente.

Calidad de vida en personas que padecen vértigo posicional paroxístico benigno.

Quality of life in people suffering from benign paroxysmal positional vertigo

Aylyn Nicole **Bastidas Schade**
Consuelo **San Martin Vivanco**
Luis **Sierra Salazar**

Introducción

El equilibrio en el ser humano se conoce por ser un sistema integrador, esto quiere decir que actúan 3 sistemas en conjunto, como lo es: el sistema vestibular ayudando a la estabilidad y el equilibrio por medio del líquido inserto en los canales semicirculares, los cuales actúan como detectores de movimientos angulares; la visión, que nos ayuda a ubicarnos en la realidad y saber la distancia o profundidad de los objetos, y por último el propioceptivo, que es un indicador sensorial de donde está el cuerpo respecto a nuestro entorno. (Harguindey & Candela, 2018). Cuando estos sistemas se ven afectados se sospecha de patologías vestibulares, la más común y el foco de la presente investigación es el vértigo postural paroxístico benigno. Este es un vértigo provocado a cambios de posición cefálica, su sintomatología cursa con vértigo, mareos, dolor de cabeza, vómitos, bajas de presión y desequilibrio dinámico y estático, estos síntomas se mantienen entre 15 a 45 días afectando considerablemente la calidad de vida de las personas.

Fisiológicamente el vértigo se explica por la liberación de partículas llamadas otolitos ubicados de la macula del utrículo, las cuales viajan libremente en el canal semicircular afectado, sobreexcitando este último y provocando una lectura vestibular exagerada frente a los movimientos cefálicos. Las causas son múltiples: cambios de posición de cabeza, menos síntesis de fagocitosis, traumas del oído interno, algunas patologías audiológicas y estrés.

El Vértigo Periférico es una patología que requiere de atención médica, donde el más común de los síndromes vestibulares es el Vértigo Posicional Paroxístico Benigno de origen periférico, se estima que es el 39% de los casos en las clínicas especializadas en mareo – vértigo (Brandt T, 1999). El vértigo de origen periférico tiene una prevalencia estimada de 5% por año en la población general; más del 80% de los afectados se ve incapacitado para realizar sus actividades habituales (Neuhauser, 2005).

Areté
ISSN-L: 1657-2513

Las investigaciones sobre la calidad de vida de las personas que sufren enfermedades invalidantes han estado en constante actualización, ya que una de ellas mantenida en un periodo de tiempo prolongado es capaz de influir gravemente en los sistemas de una persona, causando ansiedad, estrés y por último conductas depresivas, que invalidan impactantemente la calidad de vida de quien la padece.

En Chile, el año 2009 se presenta una prevalencia de patologías vertiginosas, siendo 64 por cada 100.000 habitantes, de aquellas patologías vertiginosas, el 80% son vértigos de causa periférica, esta condición equivale al 10,7% de las atenciones médicas por cada 1000 usuarios al año, en la atención primaria de salud (APS) (Anarís, Rioseco, Fuentes, & Fernandez, 2015). El síntoma principal es la oscilopsia, que se presenta por periodos cortos de tiempo; de 2 a 3 minutos aproximadamente, las crisis se acompañan de síntomas vertiginosos que perduran entre 20 a 35 días, sin exceder los 45 (Herdman, 1998). Con este tipo de sintomatología se corrobora la incomodidad que producen los síntomas incapacitando al usuario para realizar sus actividades habituales (Handa, 2005)

En la revisión bibliográfica se encontró estudios que hablan del vértigo posicional paroxístico benigno y de la reposición del canal semicircular posterior, enfocados en la maniobra de Epley como el tratamiento más efectivo, parando la crisis y deteniendo los síntomas vertiginosos (Fife & Furman, 2008). Se eligió la maniobra de Epley porque es significativamente más efectiva que las otras maniobras encontradas en la literatura, como es la Semont y Brandt-Daroff, la cual se encuentra estandarizada y es conocida a nivel mundial. El hospital Manwa Khera, realiza un estudio midiendo la efectividad de estas 3 técnicas, donde la maniobra de Epley cumplió con una efectividad mayor del 50%, sobre las demás (Gupta, 2018). También se indica que la maniobra Epley es menos invasiva porque sus movimientos no generar daño cervical, lumbar u/o empeoran alguna afección del usuario. Por lo tanto, no contiene limitantes a la hora de ser aplicada (Kacker, 2017).

Otros puntos de vista de la rehabilitación es el aspecto emocional y funcional de los usuarios pre y post tratamiento. Por lo tanto, se da énfasis a la autopercepción del usuario y como la enfermedad en sí, afecta en su calidad de vida. Esto se demuestra el 2004 cuando se realiza un estudio llamado “aplicación y utilidad del Dizziness Handicap Inventory” (Ceballos & Vargas , Dizziness Handicap Inventory y vértigo, 2004) en pacientes con vértigo del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, habla de la implementación de un cuestionario que mide el impacto de la discapacidad que producen los síndromes vertiginosos, creado por Jacobson en 1990. Con él se puede atender aspectos que no se exploran neurológicamente y tampoco son observables por el especialista. Por ende, implementar este tipo de pauta al protocolo de atención vestibular ofrecerá ver la autopercepción del usuario y mejorar la rehabilitación en todas las condiciones de su actividad física, emocional y funcional (Ceballos & Vargas , Dizziness Handicap Inventory y vértigo, 2004).

En Chile no existe un manejo estandarizado a seguir al que puedan acceder las personas con VPPB. Sin embargo, existen al acceso de las personas dos protocolos que sirven de guía para el tratamiento del usuario vertiginoso en la Atención Primaria de Salud. Uno se dicta en el Hospital de San José y el otro pertenece al centro de salud de la ciudad de Coquimbo.

Se cree que sería útil un lineamiento estandarizado para marcar la pauta de trabajo, ya que los manejos establecidos en Chile son ambiguos y la incidencia de los síndromes vestibulares van en aumento cada año. También referir que un apropiado manejo de estos, puede evitar que los síntomas presentes mantenidos en el tiempo impacten de una forma significativa la calidad de vida (Borghero, y otros, 2014).

Existe una clasificación internacional de trastornos vestibulares (ICVD), dictada por la Sociedad de Barany, que establece un consenso y una estandarización de los síndromes vestibulares basadas en la evidencia. Por medio de una serie de documentos es capaz de definir enfermedades, síndromes, procedimientos, diagnósticos, y tratamientos sobre la neurotología (Sociedad de Barany, 2019). La Sociedad de Barany plantea este tipo de clasificación para que sea usada a nivel mundial con el fin de dar un criterio diagnóstico y establecer procedimientos adecuados para cada síndrome vestibular. Esto surge porque las atenciones donde se realiza el procedimiento se ven obstaculizadas por la falta de criterios o procedimientos explícitos para describir los síntomas y síndromes, o la falta de conocimientos de los evaluadores. (Sociedad de Barany , 2019).

Expuesto lo anterior, las crisis vertiginosas persistentes en un periodo de tiempo invalidan a las personas para continuar sus jornadas habituales, por lo mismo observar la perspectiva del usuario indicara aspectos que no son cuantificables por instrumentos eléctricos. Por lo tanto, ocupar un cuestionario de autopercepción como lo es el “Dizziness Handicap Inventory o cuestionario de mareos o vértigo” ayuda a tener una visión clara de la situación que afronta el usuario y como poder enfocar su rehabilitación en todos los aspectos sistemáticos de su vida físico, funcional y emocional.

El Vértigo posicional paroxístico benigno es un trastorno de la población que se centra en adultos de 40 años y más (Castro & Braga, Mareo y/o vértigo como motivo de consulta en la policlínica neurológica: estudio descriptivo, 2013) , se asocia a un alto grado de morbilidad, impacto psicosocial y gastos médicos, se habla que el 86% de la población afectada consulta al médico porque la patología termina interfiriendo con la vida diaria (Karle & Fernández, 2014). Al estar presente la sintomatología en un periodo de 30 a 45 días, la persona empieza a padecer síntomas de ansiedad, ataques de pánico, agorafobia y sentimientos de depresión, entre otro tipo de problemas que afectarían el ámbito laboral, recreativo o funcional (Ceballos & Vargas , Dizziness Handicap Inventory y vértigo, 2004).

Por esta razón, se debería considerar un protocolo estandarizado en los servicios de salud para evaluación y posterior tratamiento de VPPB, incluyendo en él, uno específico para pedir la calidad de vida de los pacientes luego de su tratamiento, como es el caso del DHI. Sin olvidar que el objetivo del profesional de salud será ayudar a establecer una mejor calidad de vida o que la terapia sea la más adecuada según los aspectos físicos, sociales, psicológicos y económicos en el usuario (Vinaccia & Orosco, 2005). Este instrumento de medición de calidad de vida, nos ayuda a verificar las habilidades descendidas en el usuario y posterior al tratamiento (maniobras de reposición), el cambio o mejoría que estas puedan cursar.

En otra revisión se encontró una guía clínica practica para el abordaje de los usuarios que cursan con síndromes vestibulares creada por la fundación American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery el año 2008, fue renovada con estudios más recientes el año 2017. En aquella se indica de forma detallada los procedimientos y el manejo para los diversos síndromes vestibulares existentes, también alude a los impactos clínicos y de calidad de vida que cursan los usuarios que no han sido diagnosticados o tratados oportunamente, indica que el vértigo está muy lejos de ser una patología “benigna” por el mayor riesgo de caídas y deterioro en el desempeño de las actividades diarias, lo que va a dejar secuelas significativas en las vidas de las personas (Bhattacharyya, y otros, 2017). Frente a esto, existe un porcentaje elevado de personas que ha tenido que renunciar, cambiar

o modificar sus actividades laborales por la patología, un 68% indica que reduce su carga laboral, 4% cambia de trabajo y un 6% deja de trabajar por que la condición del síndrome no se lo permite (Benecke, S, D, G, & M, 2013)

El Test más empleado para medir la autopercepción del usuario es el Dizzines Handicap Inventory (DHI), está diseñado para evaluar el impacto del vértigo en la vida diaria desde la auto perceptiva de cada usuario (Ceballos & Vargas , Dizziness Handicap Inventory y vértigo, 2004). Este test o "cuestionario de discapacidad por vértigo", cuantifica el impacto del vértigo, los problemas del equilibrio en las actividades y situaciones de la vida diaria, se divide midiendo aspectos: funcionales, emocional y físicos (Ceballos & Vargas , Dizziness Handicap Inventory y vértigo, 2004). Es importante que se implemente este tipo de protocolo a la hora de tratar con personas que presenten síndromes vertiginosos y problemas del equilibrio. El test DHI mide problemáticas que las pruebas vestibulométricas convencionales son incapaces de medir, como el sentimiento subjetivo de incapacidad que genera el vértigo en la vida diaria (Ceballos & Vargas , Dizziness Handicap Inventory y vértigo, 2004) el cual ayuda a responder la interrogante ¿Cuál es el efecto de la maniobra de reposición vestibular Epley, sobre la calidad de vida de las personas, de 35 años y más, con Vértigo Posicional Paroxístico Benigno?

Existen varios profesionales que pueden ayudar a eliminar las crisis vertiginosas en el usuario y entre ellos está presente el Fonoaudiólogo, ya que en su formación se le entregan los conocimientos necesarios para poder abordar de una forma efectiva la patología. El abordaje que entrega el Fonoaudiólogo es por medio de maniobras que reposicionan las otoconias en la macula del utrículo u/o una serie de ejercicios pensados en la necesidad del paciente para habituar el vértigo cuando este ya es permanente. A diferencia del tratamiento convencional que serían sedantes vestibulares que realizan la función de solo aminoran los síntomas y pero su causa no es solucionada.

La labor del Fonoaudiólogo en la atención de salud pública cumple una función de promover la atención de forma oportuna, fomentando la prevención y prácticas saludables en todas las áreas que sea competente su valor. Dentro de su quehacer también esta evidenciado la capacidad de colaborar a otros profesionales y ser capaces de trabajar en un equipo multidisciplinario (Minsal, 2004). Por lo tanto, sus roles fundamentales, no solo en el área de vestibular, serán evaluar, intervenir, prevenir y prestar asesoría a los usuarios sobre el estado de su salud, siempre basándose en el Código de Ética de la ASHA que indica que cada profesional sólo puede practicar en áreas en las que sean competentes, en función de su educación, capacitación y experiencia (ASHA, 2017).

Materiales y Métodos

El tipo de estudio fue cuantitativo, diseño cuasi experimental, alcance descriptivo comparativo y dimensión temporal longitudinal. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

La muestra fue no probabilística y estuvo compuesta por 12 sujetos, igual o mayor a 35 años de edad, los cuales correspondieron al total de las personas que llegaron a la Universidad Pedro de Valdivia sede Chillán cursando con Vértigo Posicional Paroxístico Benigno (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

Para medir la calidad de vida previo y post la aplicación del tratamiento a través de la maniobra de Epley se realizó un cuestionario de autopercepción de discapacidad por vértigo que permite cuantificar el grado de vértigo que afecta a una persona en sus actividades diarias (Ceballos & Aguayo, 2004). Su validación se realizó en México por el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Especialidades del Centro Medio Nacional Siglo XXI – Instituto Mexicano del Seguro Social y obtuvo índice de alfa de Cron Bach de 0.71 (Ceballos & Vargas, 2004) .

La medición de las variables realizadas a los distintos individuos estuvo apegada a los principios éticos para las investigaciones en seres humanos presentes en la declaración de Helsinki (Manzini, 2000)

El Procesamiento de la información se llevó acabo por medio de un software Statistical Package For The Social Sciences (SPSS) versión 15.0 en español y se presentaron a través de gráfico de barras con las categorías de grado de discapacidad resultantes del test; grado 1 discapacidad leve 16 a 34 puntos, grado 2 discapacidad moderada 36 a 52 puntos, grado 3 discapacidad profunda > 54 y de la misma forma se analizó la distribución del grado de discapacidad por cada una de las dimensiones del test; física, funcional y emocional. Así mismo, se determinó la distribución porcentual a partir de los puntajes obtenidos, se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión o variabilidad

En primera la primera instancia se describió el tipo de participantes; luego se graficó el análisis estadístico de tipo descriptivo-comparativo del cuestionario DHI; posteriormente se describen y analizan los resultados pre y post test según calidad de vida: luego serán analizándolos en conjunto para demostrar el efecto del vértigo sobre la calidad de vida de los pacientes.

Las pruebas estadísticas fueron no paramétricas y estadística inferencial donde se va ocupar para el nivel de medición de las variables (categorías del test) chi-cuadrado para la significancia estadística y U de Mann Whitney para comparación de grupos, al igual que corroborar la prueba anterior.

Resultados

Análisis comparativo de la calidad de vida pre y post maniobra de Epley.

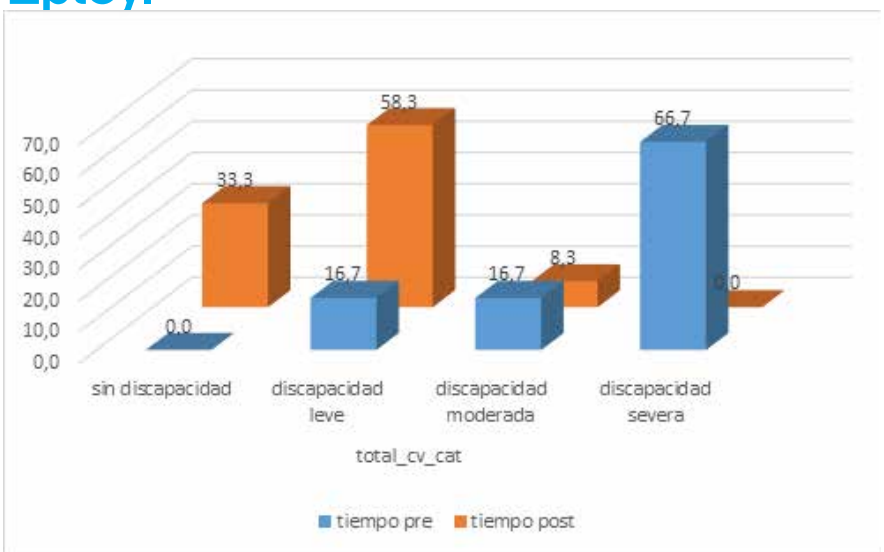


Gráfico 1 Total, de calidad de vida pre y post maniobra de Epley.

En la figura 1 se observan los resultados de la medición de la variable calidad de vida medida en 2 ocasiones: antes de la aplicación de la maniobra de reposición vestibular Epley (pre) y después de la aplicación de dicha maniobra (post).

ART 21 (2) pág. 21-28
Areté
ISSN-L: 1657-2513

Los resultados muestran una clara tendencia en torno a la mejora de la calidad de vida, dado que en la medición pre un 66,7% se encontró en la categoría de discapacidad severa, reduciendo posteriormente dichos porcentajes en la medición post al 0%. Eso se debe a que las personas solo accedían a una evaluación médica con otorrinolaringólogo o médico general, donde la mayoría accedió a un centro de atención de salud primaria sin recibir tratamiento específico para su patología.

Por otra parte, en la categoría "sin discapacidad" se encontró en la medición pre que un 0% se ubicaba en esta situación, aumentando dicho porcentaje al 33,3% en la medición post. Una situación similar se aprecia en la categoría de discapacidad leve, dado que aumentó del 16,7% en la medición pre al 58,3% en la medición post. Por lo tanto, el tipo de tratamiento empleado (maniobra de Epley) ayuda a mejorar la calidad de vida de las personas, desde el punto de vista descriptivo de los datos, porque resulta eficaz al momento de controlar la crisis vertiginosa.

En cuanto al análisis inferencial, dicha tendencia descrita se vio corroborada mediante la prueba de Chi cuadrado, que arrojó un valor de 0,002 aceptando la hipótesis de trabajo que plantea que "la maniobra de reposición vestibular Epley mejora la calidad de vida en personas de 35 años y más, que cursan con Vértigo Postural Paroxístico Benigno (VPPB) del canal semicircular posterior en la ciudad de Chillán". Dicha asociación entre variables presenta una fuerza de tipo fuerte de 0,79 medida a través de la prueba V de Cramer.

Comparación de las dimensiones del test Dizzines Hándicap Inventory pre y post maniobra de Epley.

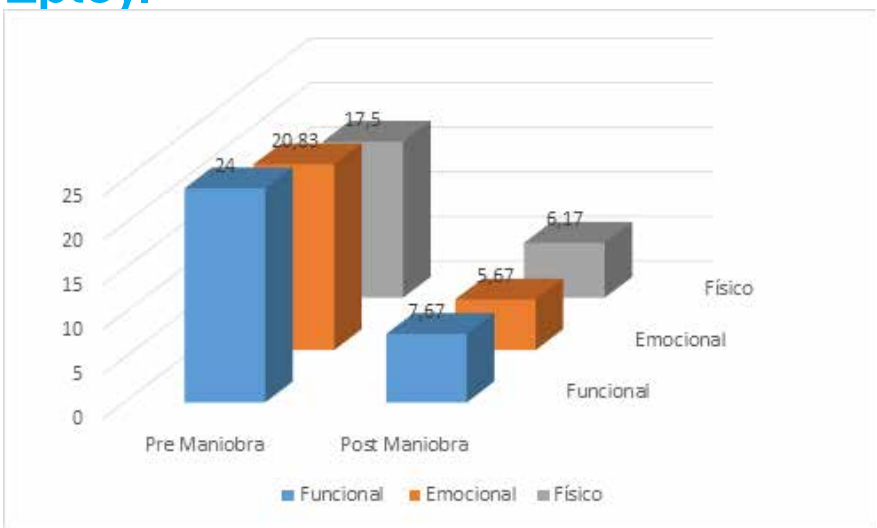


Gráfico 2 Rendimiento descriptivo de la media de las dimensiones de test DHI pre y post maniobra de Epley.

Según lo observado en la muestra utilizando el cuestionario DHI antes y después de la maniobra de Epley, las medias resultantes en ambas toma son: la primera toma, la dimensión funcional 24, dimensión emocional 20,83 y la dimensión física 17,5; en la segunda toma los resultados bajaron considerablemente proporcionándose la dimensión funcional en 7,67, dimensión emocional en 5,67 y la dimensión física en 6,17. Por lo tanto, estos resultados al ser comparados entre la primera y segunda toma, recordando que los promedios del test favorables son los que se acercan más a 0 que es normalidad, demuestran una diferencia significativa según los resultados después de proceder con el tratamiento (maniobra de Epley), lo que nos indica una mejoría en los resultados del test y al mismo una mejor calidad de vida

Tabla 1. Porcentajes, diferencias y significancia de las dimensiones test DHI.

Test DHI	Porcentaje	Diferencia	Significancia
Funcional	35,46%	16,33%	P<0.05
Emocional	43,3%	15,16%	P<0.05
Físico	40,4%	11,33%	P<0.05

En la tabla 1, se muestran los porcentajes de las dimensiones del test mostrando una mayor tendencia en la dimensión emocional, seguida de la física y por último la funcional, recordando que las preguntas pertenecientes a la encuesta son de actividades del diario vivir, por lo tato podemos inferior que la parte emocional en las personas que sufren de VPPB se ve más afectada que las restantes mencionadas. En el caso de las diferencias pre y post maniobra de Epley se me una significancia mayor en la parte funcional, en si el antes y después puede ser comparado solo por sus dimensiones de forma individual, ya que las preguntas en cada una no son proporcionales en cantidad, situando la dimensión funcional y emocional con 9 preguntas y físico con 7 preguntas; por último la significancia establecida según pruebas estadísticas fue de p<0.05 en todas las dimensiones por lo tanto se logró lo esperado y con ella la normalidad.

U de Mann Whitney prueba de comparación de grupos.

Se utiliza la prueba no paramétrica de U de Mann Whitney para comparar los resultados (media) de dos muestras extraídas de manera independientes, antes y después de la maniobra de Epley, y a su vez confirma la tendencia de prueba inferencial Chi-cuadrado. Los resultados obtenidos marcaron la significancia estadística esperada p<0.05, corroborando y complementando los resultados de la prueba Chi-cuadrado

Tabla 2. Media pre y post maniobra de Epley.

Tiempo	Media
Pre Maniobra de Epley	62,33
Post Maniobra de Epley	19,50

La media para ambos grupos fue: pre maniobra de Epley 62,33 y post a la maniobra de Epley 19.50, como se indica en la Tabla 2.

Por lo tanto, el tratamiento de reposición de particular y la utilización del test DHI, fue significativo para comparar y probar que la calidad de vida de las personas que cursan vértigo postural paroxístico benigno puede mejora accediendo a este tipo de maniobras de reposición canicular y esta ser medida con el test de autopercepción DHI.

Discusión

En la presente investigación se analiza la calidad de vida pre y post maniobra de Epley, con el test Dizziness Handicap Inventory implementado en personas que sufren de vértigo postural paroxístico benigno, con el fin de verificar como varía su calidad de vida antes y después del tratamiento.

En la primera toma de muestra se constató que las personas que padecían de VPPB mostraban un alto grado de discapacidad al momento de ser atendidas, los valores obtenidos son: severo con un 66.7%, moderada con un 16,7%, leve con un 16,7% y sin discapacidad o

normalidad 0. Esto se corrobora en un estudio impartido en Italia en el año 2010, utilizando en DHI y la escala de SF-36, en una muestra donde el 76% eran mujeres y el 24% hombre, con una edad media de 51.6 años, se pudo verificar que los resultados obtenidos daban cuenta que existía un descenso en la calidad de vida de las personas al momento de ser atendidas por primera vez (Nora, Mostardini, Salvi, Ercolani, & Ralli, 2010) . Por lo tanto, padecer vértigo posicional es una condición que incapacita a las personas a realizar cualquier actividad, sea esta con un fin laboral o emocional, creando en las personas una sensación de ansiedad y conductas de evitación de cualquier movimiento que desencadene una crisis vertiginosa (Castro & Braga, 2013) y por ende un descenso en su calidad de vida, mientras transcurre la enfermedad.

En la segunda toma de muestra con el instrumento DHI, trascurrido dos a tres semanas de la maniobra de Epley, los valores obtenidos fueron considerablemente más bajo, situando los grados de discapacidad como severo 0%, modera 8.3%, leve 58,3% y normalidad 33.3%, lo que menciona una mejor calidad de vida post maniobra de Epley. Los resultados obtenidos comprueban que la medición de autopercepción es viable a la hora de verificar el efecto que está produciendo en las personas el tratamiento, eliminando la sintomatología vertiginosa y demostrando como varía la calidad de vida de estas. En una revisión no sistemática del tratamiento y diagnóstico del VPPB, realizada entre el año 2001 y 2009, se concluyó que la maniobra de Epley es efectiva y mantiene una remisión de 50 y 97% de la sintomatología (Alvarenga, Barbosa, & Porto, 2011).

Por consiguiente, la utilización del cuestionario DHI para medir el grado discapacidad que padezca la persona en función de su patología es útil a la hora de la evaluación y de realizar un seguimiento al tratamiento, mostrando realmente el impacto subjetivo que provoca la patología. Se puede mencionar el estudio de Jacobson y colaboradores (Jacobson , Newman , & Hunter , 1991), en el cual se indica que el test de autopercepción DHI presenta la máxima utilidad a la hora de dar a conocer los aspectos de funcionalidad, emocionales y físicos en el usuario vertiginoso, donde los valores obtenidos antes de un tratamiento vestibular son elevados y posteriormente a un tratamiento estos descienden, dando a conocer un resultado positivo en los sujetos estudiados y con ello, una mejor calidad de vida.

Para eso, es necesario establecer una medición auto perceptiva de la enfermedad en los usuarios que entregue un conocimiento de la calidad de vida que presentan a la hora de ser atendidos y con ello poder establecer el mejor tratamiento a seguir.

Por otra parte, la relevancia de la muestra considerablemente es más sujetos de sexo femenino que masculino, existe teorías que avalan el hecho de que las mujeres presentan, a medida que se acercan a edad de la menopausia, problemas de mareos o vértigos por factores metabólicos o desequilibrio hormonal. Un estudio donde el 79% de la muestra fueron mujeres, se verifico que entre ellas existen factores metabólicos como cardiovasculares y hormonales que generar síndromes vestibulares en la mujer por un cambio en los componentes de la perilinfa y endolinfa (Lopes, Pereira, & Nunes, 2016).

Por otro lado, los desencadenantes más nombrados por los usuarios a la hora de realizar la anamnesis fueron los movimientos de cabeza como; levantarse de la cama, al amarrar los cordones de los zapatos, al darse vueltas en la cama, pasear en el supermercado; otros de los síntomas que presentaban era la inseguridad a la hora de la salir a la calle como signo psicológico, fue muy relevante escuchar el miedo a enfrentarse en lugares abiertos y el temor a que empezara una crisis repentinamente. Estudios de disfunciones vestibulares en el adulto mayor, señala las mismas inquietudes de sus participantes a la hora de enfrentarse a un síndrome vestibular, los cuales presentaron molestias o desencadenante de vértigo y mareos a la hora de mover la cabeza, levantarse, realizar giros fuertes y una notable ansiedad al predisponerse a estos (Gazzola, Ganaca, Aratani, & Perracini, 2006)

Conclusión

Concluyendo se puede objetivar que la implementación del test Dizziness Handicap Inventory en los usuarios que sufren vértigo posicional paroxístico benigno, para medir la calidad de vida, dada de su autopercepción, pre y post tratamiento, es de vital importancia a la hora de revelar la discapacidad que genera esta patología y con ella nos arroja una idea de cómo se encuentra la persona en sus sistemas. Por ello, implementar un instrumento de autopercepción en el tratamiento del vértigo sería de gran ayuda a la hora de realizar un plan de intervención, porque acoge todas las demandas emocionales, funcionales y físicos que necesita el usuario a la hora de realizar una rehabilitación vestibular. Esos aspectos son de gran importancia en el contexto socioemocional del individuo y son factores desencadenantes de una posible depresión en los sujetos con vértigo, si se encontraran descendidos por un trascurso largo en el tiempo (Ayala & Velásquez, 2014). Recordando que esta patología interfiere directamente con las actividades cotidianas de una persona sean estas con fin laboral o recreativo (Castro & Braga, 2013).

Por lo tanto, el DHI nos da una idea de cómo la persona ve su percepción de vida a la hora de enfrentar una crisis vertiginosa, también nos ayuda a situar cuál de las dimensiones se ve más afectada, este punto es importante para poder actuar en conjunto con un equipo multidisciplinario, que pueda prestar una atención completa, incluyendo un psicólogo que brinde ayudas y técnicas para poder enfrentar la enfermedad, tanto a los usuarios como al profesional de salud. Por ello la implementación de un test de autopercepción nos indica la situación socioemocional del usuario a la hora de ser atendido.

Por el momento, existe poca investigaciones a nivel país sobre los síndromes vestibulares y no hay un lineamiento esclarecido a seguir sobre la atención en general de estos usuarios, lo cual dificulta un diagnóstico y tratamiento certero, por lo tanto la falta de sistematización en el servicio público, sumado a la falta de especialistas (Torres , 2016), agrava aún más la causa a la hora de brindar una atención oportuna, porque cuando el usuario presenta la sintomatología vertiginosa queda en lista de espera para un especialista y cuando lograr acudir a esta consulta, el vértigo ya ha cesado, por el momento solo queda con sedantes vestibulares y la función de estos no es eliminar la etiología, si no sedar el vértigo “durmiendo el sistema vestibular” y eliminando la sintomatología (Martín-Aragón & Bermejo-Bescós, 2010).

Por ello, los procesos de maniobras de provocación y reposición de partículas son técnicas adecuadas y rápidas para poder diagnosticar el vértigo posicional paroxístico benigno, identificar su canal afectado y dar una solución en el momento a la crisis vertiginosa. Sin embargo, se debe señalar que se requiere de un equipo multidisciplinar donde se trabajan todas las dimensiones del usuario, aquí se establece la labor del Fonoaudiólogo que es un profesional que en su formación contempla los conocimientos que integra el sistema vestibular y está capacitado para realizar las maniobras mencionadas anteriormente y poder ayudar desde su punto de formación a la rehabilitación vestibular.

Para finalizar, la implementación del test DHI, midiendo la discapacidad de las personas provocadas por la enfermedad y los factores psicológicos que trae con ella, son mediciones a tener en consideración porque favorecen la clínica y nos da conocimiento

ART 21 (2) pág. 21-28
Areté
ISSN-L: 1657-2513

de la terapia, si esta está siendo significativa en el diario vivir de los usuarios, comparando la variación de la calidad antes y después de la terapia (Hillier & Michelle, 2013). Por lo que, este estudio en el ámbito de la Fonoaudiología se hace importante para investigaciones futuras, las cuales podrán contar con un mayor porcentaje de participantes, lo importante es dejar en la palestra la labor y la importancia de la participación del Fonoaudiólogo en el área de Audiología y Vestibular en el servicio de salud.

Bibliografía

Harguindey, A., & Candela, A. (2018, Abril 18). Instituto de otorrinolaringologia y cirugia de cabeza y cuello de madrid. Retrieved from https://www.institutoorl-iom.com/blog/funciona-sentido-del-equilibrio-humano/

Fife, T., & Furman, J. (2008). Maniobras de epley y de semont para el vertigo. North Shore.

Kacker, A. (2017). Maniobra de Epley . New york : ADAM.

Sociedad de Barany . (2019). Bárány Society Todos los derechos reservados. Retrieved from https://www.thebaranysociety.org/

Academy of Otolaryngology – Hand and neck sugery. (2008).

Bhattacharyya, N., Gubbels, S., Schwartz, S., Edlow, J., Fife, t., Holmberg, J., . . . Corrigan, M. (2017). Clinical Practice Guideline: Benihn Praroxysmal Positional Vertigo (Update). EE.UU: SAGE.

Benecke, S, A., D, K., G, G., & M, S. (2013). The burden and impact of vertigo: findings from the REVERT patient registry. 2013: GmbH.

Minsal. (2004, Agosto 25). Ministerios de Salud, Chile. . Retrieved from https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229834

Ceballos, R., & Aguayo, l. M. (2004). Apliación y utilidad del Dizziness handicap inventory en pacietes con vertigo del servicio de otorrinolaringología del hospital de especialidades del centro medico nacional siglo XXI. Medigrafphic, 1-9.

Ceballos , R., & Vargas, A. (2004). Aplicacion del instrumento dizziness handicap inventory en pacientes con vertigo del servicio de otorrinolaringologiadel hospital de especialidadesdel centro medicosiglo XXI. Anales medicos, 176-183.

Neuhauser, B. R. (2005). Epidemiology of vestibular vertigo. Alemania: NCBI. Retrieved S.F S.F, S.F

Brandt T, K. B. (1999). Vestibular dysfuntion and therapy. Büttner U. Retrieved S.F S.F, S.F

Anarís, C., Rioseco, F., Fuentes, N., & Fernandez, R. (2015, 03 30). Patología vestibular y su asociación con enfermedades metabólicas. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello, 114-121. Retrieved S.F S.F, S.F, from https://scielo.conicyt.cl/pdf/orl/v75n2/art05.pdf

Herdman, S. (1998). Role of vestibular adaptation in vestibular rehabilitation. 119(1), 49-54. doi:10.1016/S0194-5998(98)70195-0

Handa, P. B. (2005). Qualidade de vida em pacientes com vertigem posicional paroxística benigna. Bras Otorrinolaringol, 71(6), 1 – 8. doi:10.1590/S0034-72992005000600015

Gupta, S. S. (2018). Effect of Epley, Semont Maneuvers and Brandt-Daroff Exercise on Quality of Life in Patients with Posterior Semicircular Canal Benign Paroxysmal Positional Vertigo. 107(1), 99-103. doi:10.1007/s12070-018-1322-7

Borghero, F., Brignardello, R., Carrasco, A., Dembowski, N., Fraemer, P., Mendoza, C., . . . Tohá, M. (2014). Manual metologico “desarollo de guías prácticas clínica”. Santiago: MINSAL. Retrieved S.F S.F, S.F, from https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/03/Manual-metodologico-GPC-151014.pdf

Sociedad de Barany. (2019). The barany Society. Retrieved S.F S.F, S.F, from https://www.thebaranysociety.org/conference-information/

Castro, L., & Braga, P. (2013). Mareo y/o vértigo como motivo de consulta en la policlínica neurológica: estudio descriptivo. Revista médica del Uruguay, 29(4), 1-11. Retrieved S.F S.F, S.F , from http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902013000400002

Karle, M., & Fernández, B. (2014, Diciembre). Vértigo postural paroxístico benigno subjetivo. otorrinolaringologia y cirugia de cabeza y cuello 74, 74(3), 283 – 286. doi:10.4067/S0718-48162014000300014

Vinaccia, S., & Orosco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas (Vol. 1). Medellín: Diversitas. Retrieved S.F S.F, S.F, from https://www.redalyc.org/pdf/679/67910202.pdf

Ceballos, R., & Vargas , A. (2004). Dizziness Handicap Inventory y vértigo. NK, 49, 173-183. Retrieved S.F S.F, S.F, from https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2004/bc044d.pdf

ASHA. (2017, mayo). American speech Language Hearing association. doi:10.1044/policy.SP2016-00343

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodologia de la investigación. Mexico: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. Retrieved S.F S.F, S.F, from http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf

Nora, G., Mostardini, C., Salvi, C., Ercolani, A., & Ralli, G. (2010). Validez de la adaptación italiana del Dizziness Handicap Inventory (DHI) y evaluación de la calidad de vida en pacientes con mareos agudos. Acta otorrinolaryngologica italia, 30(4), 30-190. Retrieved S.F S.F, S.F, from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21253284/

Castro , L., & Braga, P. (2013). mareo y/o vértigo como motivo de consulta en la policlínica neurológica. revista Medica del uruguay, 29(4). Retrieved S.F S.F, S.F, from http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902013000400002

Alvarenga, G., Barbosa, M., & Porto, C. (2011). benign parorysmal positional vertigo without nystagmus; diagnosis and treatment. braaz j otorhinolayngol, 77(6), 799-804. Retrieved S.F S.F, S.F, from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22183288/

Jacobson , G., Newman , C., & Hunter , L. (1991). Balance function test correlates of the Dizziness Handicap Inventory. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2(4), 424-427. Retrieved S.F S.F, S.F, from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1837740/

Ayala , L., & Velásquez, M. (2014). Evaluacion de pacientes con vértice mediante cribado de discapcidad de vértice (DHI). Otorrinolaringologia Mexico, 59-66. Retrieved s.f s.f, s.f, from https://otorrino.org.mx/article/evaluacion-de-los-pacientes-con-vertigo-mediante-el-cuestionario-de-discapacidad-por-vertigo-dhi/

Torres , R. (2016, 07). Déficit de médicos especialistas en las regiones y en el sistema público. Rev Chil Cir , 68(4). Retrieved s.f s.f, s.f, from https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262016000400001

Martín-Aragón , S., & Bermejo-Bescós, P. (2010). Vértigo. Tratamiento farmacológico. ELSEVIER, 29(1), 74-79. Retrieved s.f s.f, s.f, from https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-X0212047X10475143

Hillier, S., & Michelle, M. (2013, 06 13). Rehabilitación vestibular para disfuncion vestibular periferica unilateral. la biblioteca cochrane, 11. doi:10.1002/14651858.CD005397.pub4.

Gazzola, J., Ganaca, F., Aratani, M., & Perracini, M. &. (2006). Caracteristicas clinicas de ancianos con disfuncion vestibular cronica. Otorrinolaringol., Vol.72.

Lopes, N., Pereira, A., & Nunes, J. &. (2016). El impacto del mareo en la calidad de vida de 235 individuos que completaron la prueba vestibular en Brasil. Arco. Otorrinolaringol., vol.20.