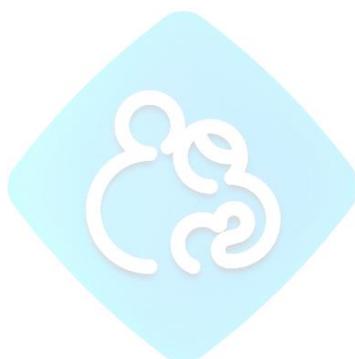


 <b>HOSPITAL DE SOLEDAD</b> MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	<b>PROCESO</b> <b>Medicina General</b>	<b>Código:</b>	
		<b>Fecha:</b>	<b>-02-2020</b>
	<b>GUIAS DE PRACTICA CLINICA VERTIGO</b>	<b>Versión:</b>	

# GUIA DE PRACTICA CLINICA



## VÉRTIGO

**HOSPITAL DE SOLEDAD**

MATERNO INFANTIL

*Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad*

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 <b>HOSPITAL DE SOLEDAD</b> MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	<b>PROCESO</b> <b>Medicina General</b>	<b>Código:</b>	
		<b>Fecha:</b>	<b>-02-2020</b>
	<b>GUIAS DE PRACTICA CLINICA VERTIGO</b>	<b>Versión:</b>	

## CONTENIDO

1. DEFINICIÓN
2. EPIDEMIOLOGÍA
3. PRINCIPIOS BÁSICOS
4. APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA
  - 4.1 HISTORIA
  - 4.2 VÉRTIGO PERIFÉRICO
  - 4.3 VÉRTIGO CENTRAL.
5. MEDICAMENTOS QUE PUEDEN PRODUCIR VÉRTIGO EXAMEN FÍSICO
6. ENTIDADES PATOLÓGICAS
7. LECTURAS RECOMENDADAS
8. ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE VÉRTIGO

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 <b>HOSPITAL DE SOLEDAD</b> MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	<b>PROCESO</b>	<b>Código:</b>	
	Medicina General	<b>Fecha:</b>	-02-2020
	<b>GUIAS DE PRACTICA CLINICA VERTIGO</b>	<b>Versión:</b>	

## DEFINICIÓN

Ilusión de movimiento de sí mismo o de los objetos alrededor.

## EPIDEMIOLOGÍA

Es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencias, afecta a cerca del 25% de la población general (Neuhauser, 2007). La prevalencia en adultos entre los 18 y los 79 años es de 7,4%; afecta con mayor frecuencia a las mujeres, relación M:H 2,7:1; es 3 veces más frecuente en personas adultas mayores que en jóvenes. Con mayor frecuencia los casos corresponden a vértigo recurrente (88%). Los episodios en el 80% de los casos son tan severos que interrumpen las labores diarias del paciente.

## PRINCIPIOS BÁSICOS

### Sistema vestibular

Detecta la posición del cuerpo y la cabeza con respecto a la postura y al movimiento, genera reflejos en el tallo cerebral y la medula espinal necesarios para mantener apropiada respuesta motora compensatoria que permite adecuado equilibrio.

El sistema vestibular influye en 3 reflejos:

- Vestíbulo-Ocular: estabiliza la línea de visión durante el movimiento de la cabeza.
- Vestíbulo-Espinal y Vestíbulo-Colicular: mantienen el tono de los músculos axiales y de la nuca para mantener la bipedestación (Zee, 2006).

Los canales semicirculares responden a la aceleración angular, mientras los órganos otolíticos (utrículo, sáculo) captan la aceleración lineal (traslación de la cabeza y el cambio respecto a la gravedad).

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 <b>HOSPITAL DE SOLEDAD</b> MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	<b>PROCESO</b>	<b>Código:</b>	
	Medicina General	<b>Fecha:</b>	-02-2020
	<b>GUIAS DE PRACTICA CLINICA VERTIGO</b>	<b>Versión:</b>	

El nervio vestibular se divide en 2 ramas:

- Rama superior: se encuentra junto al nervio facial en el canal auditivo interno. Inerva los canales semicirculares anterior y lateral y el utrículo.
- Rama inferior: se encuentra con el nervio coclear e inerva el canal semicircular posterior y el sáculo.

Los nervios aferentes de cada laberinto vestibular mantienen una tasa de descarga simétrica, tónica y bilateral hacia el tallo cerebral y el cerebelo. Los signos y síntomas se originan por alteraciones en los receptores vestibulares, los nervios vestibulares o en el tallo cerebral.

1. Lesiones unilaterales: generan vértigo, nistagmus espontáneo, lateropulsión, náuseas y emesis.

2. Lesiones bilaterales simétricas: el principal síntoma es la pérdida de los reflejos vestíbulo-oculares (oscilopsia con el movimiento de la cabeza) y pérdida de los reflejos vestibuloespinales con inestabilidad al caminar (ataxia), especialmente en la oscuridad.

Las proyecciones de los canales semicirculares se dirigen a los núcleos vestibulares localizados en el puente y el bulbo, que reciben irrigación por la AICA (arteria cerebelosa anterior inferior) y la PICA (arteria cerebelosa posterior inferior).

## APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

### HISTORIA

3. Debe preguntarse por el tiempo de inicio, factores desencadenantes, qué lo exacerba y si presenta otros síntomas o signos neurológicos. Conviene aclarar si se trata de Vértigo objetivo: los objetos se mueven alrededor.

Vértigo subjetivo: movimiento de sí mismo con respecto al entorno (Chawla y Olshaker, 2006).

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 <b>HOSPITAL DE SOLEDAD</b> MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	<b>PROCESO</b>	<b>Código:</b>	
	Medicina General	<b>Fecha:</b>	-02-2020
	<b>GUIAS DE PRACTICA CLINICA VERTIGO</b>	<b>Versión:</b>	

## VÉRTIGO PERIFÉRICO

4. Suele mostrar intensidad severa de los síntomas, se asocia con frecuencia a náuseas, vómito, desequilibrio, acúfenos y en ocasiones hipoacusia.
5. Inicio agudo de duración variable, que puede ir de segundos a varios minutos.
6. Puede ser exacerbado por el cambio postural.

## VÉRTIGO CENTRAL

- Inicio agudo.
- Intensidad leve a moderada de los síntomas.
- Duración de semanas a meses.
- Se asocia con síntomas y signos neurológicos: cefalea, hemianopsia, diplopía, ataxia, disimetría, disartria, disfagia, síndrome de Horner, alteraciones sensitivas.

## MEDICAMENTOS QUE PUEDEN PRODUCIR VÉRTIGO

- Medicamentos ototóxicos: aminoglucósidos (gentamicina), vancomicina, furosemida, ácido etacrínico, ácido acetilsalicílico, amiodarona, quinina, cisplatino.
- Medicamentos antihipertensivos:  $\beta$ -bloqueadores, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), diuréticos, calcioantagonistas.
- Para manejo de demencia tipo Alzheimer: memantina, rivastigmina, tacrina.
- Antipsicóticos:

Atípicos: todos excepto la olanzapina.

Típicos: clorpromazina, proclorperazina, flufenazina, perfenazina, tioridazina, trifluorperazina.

- Antidepresivos:

Inhibidores de la recaptación de serotonina: todos.

Tricíclicos: amitriptilina, nortriptilina, trazodona, imipramina.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 <b>HOSPITAL DE SOLEDAD</b> MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	<b>PROCESO</b>	<b>Código:</b>	
	Medicina General	<b>Fecha:</b>	-02-2020
	<b>GUIAS DE PRACTICA CLINICA VERTIGO</b>	<b>Versión:</b>	

Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO): selegilina, fenelzina.

Otros: nefazodona, venlafaxina, mirtazapina, bupropion.

- Ansiolíticos: alprazolam, clonazepam, diazepam, lorazepam, oxazepam, clordizepoxido.
- Anticonvulsivantes: fenitoína, gabapentin, carbamazepina, oxcarbazepina, lamotrigina, ácido valproico.

## EXAMEN FÍSICO

Debe realizarse con especial énfasis en

1. Anormalidades oculares.
2. Reactividad pupilar, fundoscopia: descartar papiledema.
3. Nistagmus: tiene 2 componentes, uno rápido y uno lento y se denomina por la dirección del componente rápido.

a) Presente en reposo:

Horizontal: lesión vestibular unilateral contra- lateral a la fase rápida del nistagmus. Pacientes con vértigo periférico pueden suprimir el nistagmus al fijar la mirada en un punto.

Vertical: lesión de origen central (tallo cerebral).

Desencadenado con el cambio postural: realizar maniobras posicionales. (Maniobra de Dix Hallpike)

1. Otoscopia: buscar tapón de cerumen o cuerpo extraño. Evaluar integridad del tímpano.
2. Agudeza auditiva: test de Rinne y Weber.
3. Auscultación del cuello: soplos carotídeos.
4. Función cerebelosa: evaluar prueba dedonariz y movimientos rápidamente alternantes.
5. Marcha: evaluar aumento del polígono de sustentación, lateropulsión, tándem, signo de Romberg.

## ENTIDADES PATOLÓGICAS

Vértigo Posicional Paroxístico Benigno (VPPB)

- Es la causa de vértigo periférico más frecuente (Chawla y Olshaker, 2006; Fife, 2005).

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 <b>HOSPITAL DE SOLEDAD</b> MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	<b>PROCESO</b>	<b>Código:</b>	
	Medicina General	<b>Fecha:</b>	<b>-02-2020</b>
	<b>GUIAS DE PRACTICA CLINICA VERTIGO</b>	<b>Versión:</b>	

- El pico de incidencia ocurre en la sexta década de la vida; es más frecuente en las mujeres.
- Criterios diagnósticos:  
5 episodios de vértigo de duración <1 minuto (agotable) sin otros síntomas neurológicos asociados.

Provocado por cambios posturales: maniobra de Dix Hallpike: nistagmus horizontal torsional, con latencia de 1 a 5 segundos, duración menor a 1 minuto, asociado a síntomas de vértigo periférico.

- Mecanismos:  
Canalolitiasis (otoconias en el canal semicircular).

Cupulolitiasis (otoconias adheridas a la membrana de la cúpula).

- Causas:  
Trauma craneoencefálico.  
Enfermedades del oído interno: neuronitis vestibular, enfermedad de Menière.  
Idiopática.  
Recientemente se ha asociado con hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia y accidentes cerebrovasculares.

- Tratamiento  
Reposicionamiento de las otoconias: maniobra de Epley – maniobra de Semont.

Mejoran el 85-95% de los casos.

Vértigo migrañoso

- Segunda causa más común de vértigo recurrente. Es un cuadro con síntomas de migraña donde predomina el vértigo (Seemingall, 2007).
- Puede ocurrir a cualquier edad; se calcula que ocurre en el 2,8% de niños entre los 6 y 12 años. El vértigo paroxístico benigno de la niñez es una temprana manifestación del vértigo migrañoso.
- Es más frecuente en mujeres, relación M:H de 1.5 - 5:1.
- Tratamiento:  $\beta$ -bloqueadores (propranolol 20 mg a 160 mg/día), ácido valproico (200 mg a 1 gramo día) y antidepresivos tricíclicos (amitriptilina 12,5 a 75 mg).

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 <b>HOSPITAL DE SOLEDAD</b> MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	<b>PROCESO</b>	<b>Código:</b>	
	Medicina General	<b>Fecha:</b>	<b>-02-2020</b>
	<b>GUIAS DE PRACTICA CLINICA VERTIGO</b>	<b>Versión:</b>	

### Enfermedad de Menière

- Entidad poco frecuente y sobre diagnosticada.
- Incidencia anual que oscila entre 15 y 218/100000.
- Episodios recurrentes de corta duración (minutos a horas) de alteraciones auditivas (hi- poacusia – Tinnitus) y vértigo. La enfermedad puede autolimitarse cada 2 a 3 años (Agrupp et al., 2007; Minor y Carey, 2006).
- Tratamiento: restricción de sal en la dieta (<1,5 gramos día), diuréticos (acetazolamida 250 mg/día, puede llevarse hasta 250 mg cada 8 horas). En caso de no ser efectivo el manejo médico, las alternativas incluyen la descompresión del saco endolinfático o la deaferentación vestibular con o sin preservación auditiva.

### Neuritis vestibular

- Se desarrolla en un periodo de horas. Des- aparece después de varios días.
- Presenta nistagmus periférico espontáneo, con náuseas y emesis severas.
- Causa frecuente de vértigo (3-10%) de los pacientes en clínicas de vértigo.
- Audiografía: normal.
- Tratamiento sintomático:
  - Supresores del vértigo: antihistamínicos, anticolinérgicos, calcioantagonistas, benzodiazepinas (clonazepam 0,25 mg cada 12 horas a 1 mg cada 8 horas).
  - Antieméticos: metoclopramida, ondansetron.
  - Prednisona: útil en los primeros 10 días. 10 mg/kg/día por 7 días con disminución progresiva.

### Laberintitis

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 <b>HOSPITAL DE SOLEDAD</b> MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	<b>PROCESO</b>	<b>Código:</b>	
	Medicina General	<b>Fecha:</b>	-02-2020
	<b>GUIAS DE PRACTICA CLINICA VERTIGO</b>	<b>Versión:</b>	

- Desarrollo sobre un periodo de minutos a horas. Se puede asociar con infección sistémica, del oído o meníngea.
- El examen físico es similar al de la neuronitis, pero con hipoacusia unilateral.
- Audiografía: hipoacusia neurosensorial ipsilateral moderada a severa.  
Fístula perilinfática

- Inicio abrupto asociado a trauma creaneocefálico, barotrauma o con maniobras de Val- salva. Puede asociarse a otitis con colesteatoma.
- El examen físico es similar al de la neuronitis con hipoacusia. Puede presentar perforación timpánica.
- Test para fístula positivo (+): vértigo y nistagmus inducido por presión en el canal auditivo externo.

Accidente cerebrovascular de fosa posterior

- Inicio súbito, puede asociarse a cefalea occipital, lo que sugiere posible isquemia vertebrobasilar.
- Puede ser uno de los síntomas dentro de la presentación de un síndrome de Walleberg: ataxia, dismetría, disfagia, hipoestesia hemifacial, hipoestesia hemicuerpo contralateral, síndrome de Horner ipsilateral.

Diagnóstico: TAC de cráneo simple (para descartar hemorragia o masa), resonancia magnética con difusión (identifica áreas isquémicas agudas).  
Evaluar disección vertebrobasilar o etiología cardioembólica.

Tratamiento: según etiología del accidente cerebrovascular. Incluir rehabilitación.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 <b>HOSPITAL DE SOLEDAD</b> MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	<b>PROCESO</b>	<b>Código:</b>	
	Medicina General	<b>Fecha:</b>	<b>-02-2020</b>
	<b>GUIAS DE PRACTICA CLINICA VERTIGO</b>	<b>Versión:</b>	

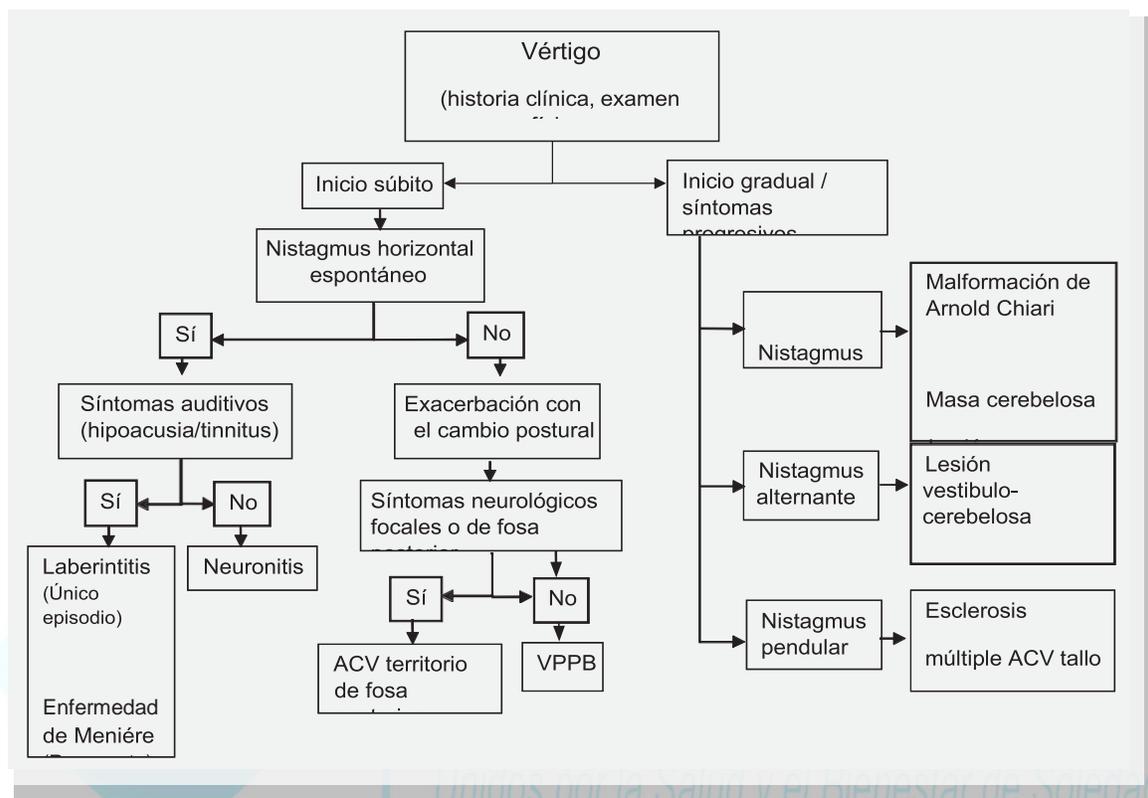
## LECTURAS RECOMENDADAS

1. Agrup C, Gleeson M, Rudge P. The inner ear and the neurologist. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2007; 78:114-22.
2. Baloh RW. Clinical practice. Vestibular neuritis. N Engl J Med 2003; 348:1027-32.
3. Chawla N, Olshaker J. Diagnosis and management of dizziness and vertigo. Med Clin N Am 2006; 90:291-304.
4. Fife TD. Recurrent positional vertigo. Continuum: Life Long Learning in Neurology. Neuro-Otology 2006; 12:92-115.
5. Minor LB, Carey JP. Superior semicircular canal dehiscence, perilymphatic fistula and meniere disease: assessment and management. Continuum: Life Long Learning in Neurology. Neuro-Otology 2006; 12:65-91.
6. Neuhauser HK. Epidemiology of vertigo. Curr Opin Neurol 2007; 20:40-6.
7. Seemungal BM. Neuro-otological emergencies. Curr Opin Neurol 2007; 20:32-9.
8. Straube A. Pharmacology of vertigo/nistagmus/oscillopsia. Curr Opin Neurol 2005; 18:11-4.
9. Wuyts FL, Furman J, Vanspauwen R, et al. Vestibular function testing. Curr Opin Neurol 2007; 20:19-24.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 <b>HOSPITAL DE SOLEDAD</b> MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	<b>PROCESO</b>	<b>Código:</b>	
	Medicina General	<b>Fecha:</b>	<b>-02-2020</b>
	<b>GUIAS DE PRACTICA CLINICA VERTIGO</b>	<b>Versión:</b>	

## ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE VÉRTIGO



*ACV: accidente cerebrovascular*

*VPPB: vértigo posicional paroxístico benigno*

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	<b>COPIA NO CONTROLADA:</b>