

Vértigo en la población mexicana: resultados de una encuesta a médicos de los síntomas y calidad de vida de pacientes con vértigo tratados con piracetam + dihidroergocristina

Arturo Alanís,¹ Carlos Ramos Mundo²

Resumen

ANTECEDENTES

El vértigo es una entidad muy común que se observa con mayor frecuencia en la edad adulta, actualmente se considera un problema epidemiológico; al existir múltiples padecimientos que lo provocan, en un porcentaje alto no puede realizarse un diagnóstico exacto. Se han utilizado múltiples medicamentos con resultados variables en el alivio de éste.

OBJETIVOS

Recabar información referente a la combinación de piracetam más dihidroergocristina en pacientes con vértigo periférico o central y documentar el alivio que se obtiene con este tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Encuesta observacional en el que se convocó a médicos especialistas para obtener información relacionada con su percepción en la práctica clínica habitual con pacientes con vértigo en un determinado periodo, en cuanto a los síntomas y la calidad de vida de los mismos con el tratamiento de piracetam y dihidroergocristina. Se aplicaron cuestionarios validados para los síntomas y para la calidad de vida; principalmente se utilizó el Dizziness Handicap Inventory, ya que es una herramienta sumamente difundida y estandarizada en pacientes con vértigo, mareo o inestabilidad.

RESULTADOS

Se obtuvo información de 48 médicos que valoraron a 500 pacientes con vértigo tratados con la combinación piracetam y dihidroergocristina. Todos los síntomas tuvieron una disminución porcentual importante entre los pacientes después del tratamiento con la combinación de piracetam y dihidroergocristina.

CONCLUSIONES

La fórmula dihidroergocristina y piracetam representa una opción eficaz en el tratamiento de los síntomas asociados con el vértigo y mejora sustancialmente la calidad de vida de los pacientes que padecen dicha afección.

Abstract

BACKGROUND

Vertigo is a common entity that is most often seen in adults, and is now considered an epidemiological problem. Although there are multiple pathologies that cause it, in a high percentage an accurate diagnosis cannot be established. Multiple drugs have been used with varying success in relieving it.

OBJECTIVES

To collect information about combination of piracetam and dihydroergocristine in patients with peripheral or central vertigo and to document the relieve obtained with this treatment.

MATERIAL AND METHOD

An observational study was made inviting specialist physicians to obtain information related to their perception in usual clinical practice with patients with vertigo in a determined period, about symptoms and their quality of life with the treatment of piracetam and dihydroergocristine. Questionnaires validated for symptoms and quality of life were applied; mainly Dizziness Handicap Inventory was used, because it is a highly spread and standardized tool in patients with vertigo, dizziness or instability.

RESULTS

Information from 48 physicians assessing 500 patients with vertigo was obtained. Patients received the combination of piracetam and dihydroergocristine. All symptoms had an important percentage reduction among patients after the treatment with piracetam and dihydroergocristine.

CONCLUSIONS

Combination of piracetam and dihydroergocristine represents an efficient option in the treatment of symptoms associated to vertigo and improves substantially the quality of life of patients with this disease.

Palabras clave:

vértigo, población mexicana, tratamiento, piracetam, dihidroergocristina, calidad de vida.

Key words:

vertigo, Mexican population, treatment, piracetam, dihydroergocristine, quality of life.

Introducción

El vértigo es una enfermedad frecuente, especialmente en personas de edad avanzada, aunque también puede afectar a sujetos más jóvenes. Es una sensación errónea de movimiento del entorno hacia nuestro propio cuerpo o de nuestro cuerpo hacia el ambiente, causada por una disfunción del laberinto, nervio vestibular, estructuras del tronco cerebral, cerebelo o, más rara vez, de otras áreas del sistema nervioso central.¹ También es definido por Cawthorne como alucinación de movimiento.²

El equilibrio es una función compleja que implica formación de tres sistemas sensoriales: el sistema visual, la sensibilidad propioceptiva músculo-esquelética y el sistema vestibular, donde existe una interconexión neuroanatómica y funcional.

Si el vértigo es originado por una disfunción del sistema vestibular, se diferencian dos grupos fisiopatológicos: la del sistema vestibular periférico, en la que el vértigo aparece de manera episódica y mantiene una duración entre segundos y horas a días, y la del sistema vestibular central, en la que el vértigo es más continuo y menos intenso que en los casos periféricos, con excepción de las lesiones isquémicas transitorias del territorio vertebrobasilar y los infartos del tronco cerebral.¹

En las afecciones del sistema vestibular periférico se incluyen el síndrome de Ménière, el vértigo posicional paroxístico benigno, que es el más frecuente,³ la neurolaberintitis vírica o bacteriana, el neurinoma del acústico, las fistulas

perilinfáticas y el vértigo relacionado con medicamentos ototóxicos. También se manifiesta en algunos trastornos metabólicos que afectan la función vestibular periférica; en todos éstos, suele estar acompañado de una disfunción auditiva (hipoacusia, acúfeno y plenitud auricular) y, sobre todo en los periodos críticos, de síntomas neurovegetativos (náusea y vómito).¹

En el síndrome vestibular central, el vértigo puede ser una manifestación proveniente de los ataques isquémicos, de hemorragias cerebelosas, de enfermedades degenerativas, como la esclerosis múltiple, de lesiones músculo-esqueléticas cervicales y de otras enfermedades neurológicas.

Generalmente, además del vértigo se encuentran síntomas y signos neurológicos. En todos estos casos, si el vértigo precisa tratamiento hay que recurrir a los sedantes laberínticos en la terapia de la fase aguda encaminada a mejorar la situación del paciente.¹

El diagnóstico diferencial y etiológico de estos cuadros es difícil y en muchos casos no llega a precisarse la causa, por lo que se etiqueta como mareos esenciales o síndrome “menieriforme”; o simplemente se cataloga como “vértigo”. Estas imprecisiones se manifiestan también en el tratamiento, ya que no existe tratamiento específico contra la mayor parte de estos cuadros.¹

Por lo regular, los mecanismos de adaptación del sistema nervioso central aseguran una recuperación funcional después de un episodio agudo. Sin embargo, diversos síndromes vertiginosos tienen una evolución recurrente, ya sea subaguda

¹ Investigador y profesor de la Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Medicina. Vicepresidente de FESORMEX.

² Estadístico de Quasy, S.C.

Correspondencia: Dr. Arturo Alanís Ibarra. Escobedo 186 Ote., Culiacán, Sinaloa

Recibido: febrero, 2013.

Aceptado: abril, 2013.

Este artículo debe citarse como: Alanís A, Ramos-Mundo C. Vértigo en la población mexicana: resultados de una encuesta a médicos de los síntomas y calidad de vida de pacientes con vértigo tratados con piracetam + dihidroergocristina. *An Orl Mex* 2013;58:151-163.

o crónica, y a veces pueden convertirse en un estado de inestabilidad estática en un estado de inseguridad dinámico.

El vértigo es muy frecuente y representa aproximadamente 5% de los servicios de hospitalización de medicina general y 15 a 20% de las visitas a especialistas de otorrinolaringología. A pesar de no amenazar directamente ninguna función vital, los síntomas pueden resultar muy invalidantes para los pacientes al restringir severamente su vida social, y a menudo conlleva un deterioro del estado psicológico. La causa o patogénesis del síndrome vertiginoso no siempre puede identificarse con certeza y, por tanto, el objetivo principal del tratamiento es reducir el número de crisis o de síntomas.¹

Se han utilizado múltiples tratamientos para el control del vértigo con resultados muy variables. El objetivo del este estudio fue recolectar información de la combinación de piracetam más dihidroergocristina en la práctica médica diaria con pacientes con vértigo periférico o central y documentar los beneficios que pueden lograrse con estos medicamentos.

El piracetam mejora y protege la función de la neurona cortical al aumentar su resistencia a la hipoxia y facilita la comunicación interhemisférica cerebral. La dihidroergocristina disminuye la resistencia vascular cerebral al incrementar el flujo sanguíneo y el aporte de oxígeno, con lo que normaliza el tiempo circulatorio cerebral.¹

Material y método

Se invitó a médicos que tuvieran las siguientes características:

- Con especialidad en otorrinolaringología.
- Que atendieran en su consulta a pacientes con las características:
 - De cualquier sexo y edad, con primer episodio de vértigo o un episodio de vértigo recidivante, diagnosticado en la consulta del especialista.
 - Con síntomas de vértigo que, a juicio del especialista, pudieran beneficiarse con el tratamiento con piracetam y dihidroergocristina.
 - Una vez que se obtuvo la muestra de otorrinolaringólogos participantes con las características mencionadas en el inciso anterior, se otorgó a cada uno el “manual para el especialista”, donde se detalló el objetivo de la encuesta, la justificación y la metodología a seguir.

Los especialistas atendieron en su práctica clínica habitual a pacientes con vértigo en el periodo de febrero a septiembre de 2012. Los encuestadores visitaron a los médicos seleccionados para obtener información acerca de la percepción consolidada de los médicos en relación con los síntomas y calidad de vida de sus pacientes con el tratamiento con piracetam y dihidroergocristina combinados en solución que

contiene 20 g de piracetam y 0.0375 g de dihidroergocristina por cada 100 mL, a dosis según el juicio del especialista.

Se utilizaron cuestionarios validados para la evaluación de síntomas y de la calidad de vida. El Dizziness Handicap Inventory es un instrumento ampliamente difundido y usado en el mundo en pacientes con vértigo, mareo o inestabilidad; mide de qué manera estos síntomas afectan la calidad de vida del individuo. Está estandarizado y se correlaciona confiablemente. La confiabilidad para pacientes con estos diagnósticos fue alta ($r = 0.97$), reportada por Jacobson y colaboradores en la validación del instrumento.^{4,5}

Información obtenida de las encuestas

Se recabó de acuerdo con lo que cada especialista reportó de su consulta diaria contenida en sus registros. El encuestador nunca tuvo acceso a la información fuente, pues la información siempre fue la proporcionada por el médico tratante en términos de los promedios o de las categorías de respuesta de los pacientes a quienes aplicó ambos instrumentos de medición.

Con esta metodología se obtuvo la información de la percepción del médico con base en su experiencia; las encuestas estaban formadas en paquetes (entre cuatro y nueve pacientes por encuesta). Dado el número propuesto mínimo de encuestas y pacientes que se esperaba obtener, algunos médicos respondieron más de una encuesta. Participaron especialistas en otorrinolaringología de las ciudades de Toluca, Pachuca, Puebla, Guadalajara, Monterrey, Culiacán y Distrito Federal.

La efectividad del tratamiento con la combinación de piracetam y dihidroergocristina se evaluó a partir del cuestionario de síntomas, así como de los datos recopilados en el cuestionario acerca de la calidad de vida.

El cuestionario de síntomas se aplicó a cada especialista a fin de recabar información de la percepción del médico respecto al alivio de síntomas de sus pacientes, antes y después del tratamiento.

El instrumento incluyó 10 preguntas:

Evaluación de los síntomas

1. ¿Nota que el vértigo de sus pacientes les dura de segundos a minutos?
2. ¿Nota que el vértigo de sus pacientes les dura de minutos a horas?
3. ¿Nota que sus pacientes pierden el equilibrio?
4. ¿Sus pacientes tienen que estar en cama para calmar el vértigo o el mareo?
5. ¿Al levantarse de la cama, sus pacientes sienten vértigo o mareo?
6. ¿Sus pacientes tienen que agarrarse cuando caminan?
7. ¿Sus pacientes sienten náuseas o ganas de vomitar?

8. ¿Sus pacientes tienen zumbido de oídos (acúfenos-tinnitus)?
9. ¿Sus pacientes tienen cefalea prolongada?
10. ¿Sus pacientes notan que caminan de lado?

La escala de medición de las preguntas realizadas al especialista se estructuró en tres niveles:

- 1 **Síntomas leves:** los pacientes pueden realizar sus actividades, aunque no con la misma agilidad o rapidez; tienen episodios periódicos.
- 2 **Síntomas moderados:** los pacientes no pueden realizar sus actividades; requieren soporte y ayuda para trasladarse; los episodios son prolongados.
- 3 **Síntomas severos:** los pacientes no pueden trasladarse sin ayuda; los síntomas son incapacitantes.

La calidad de vida se evaluó con un cuestionario previamente validado, estructurado en 25 preguntas e involucra la exploración de sentimientos y de afectación del vértigo en los factores que condicionan la calidad de vida.

El especialista evaluó en sus pacientes los puntos incluidos en el cuestionario de calidad de vida, antes y después del tratamiento. Las preguntas del cuestionario validado se muestran a continuación. Las preguntas mostradas fueron las utilizadas por el encuestador para obtener la percepción consolidada del especialista.

Evaluación de la calidad de vida

1. Cuando sus pacientes miran hacia arriba, ¿se sienten más mareado(a)s, o aumentan sus problemas?
2. ¿Debido a su problema de mareo sus pacientes se sienten fracasado(a)s?
3. ¿Debido a su mareo o problema, sus pacientes evitan hacer viajes de placer o alguna diligencia?
4. Cuando sus pacientes caminan por los pasillos de un supermercado, ¿sienten que aumenta su problema o el mareo?
5. ¿A causa de su problema o del mareo, a sus pacientes les cuesta trabajo acostarse o levantarse de la cama?
6. ¿Debido a su problema o al mareo, sus pacientes tratan de participar lo menos posible en actividades como salir a comer, ir al teatro, a fiestas, o a bailar?
7. ¿A causa de su problema o del mareo, a sus pacientes les cuesta trabajo leer?
8. ¿Al realizar actividades más exigentes, como algún deporte o trabajos pesados de la casa (barrer, limpiar pisos, guardar los platos), sus pacientes sienten que aumenta su problema o su mareo?
9. ¿Debido a su problema o al mareo, sus pacientes tienen miedo de salir solo(a)s de su casa sin que alguien los acompañe?

10. ¿A causa de su problema o del mareo, sus pacientes se sienten incómodo(a)s frente a otras personas?
11. ¿Al hacer movimientos rápidos de la cabeza, sus pacientes notan que aumenta su problema o el mareo?
12. ¿Debido a su problema o al mareo, sus pacientes evitan las alturas; por ejemplo, subir un edificio de varios pisos?
13. ¿Al darse vuelta en la cama, sus pacientes sienten que aumenta su problema o el mareo?
14. ¿Debido a su problema o al mareo, a sus pacientes les cuesta hacer los trabajos pesados de la casa o del patio?
15. ¿Debido a su problema o al mareo, sus pacientes se avergüenzan al pensar que la gente crea que puedan estar borracho(a)s o drogado(a)s?
16. ¿A consecuencia de su problema o del mareo, a sus pacientes les cuesta trabajo caminar solo(a)s?
17. ¿Al bajar de la banqueta a la calle o avenida, a sus pacientes les aumenta su problema o el mareo?
18. ¿Debido a su problema o al mareo, a sus pacientes les cuesta trabajo concentrarse?
19. ¿Debido a su problema o al mareo, a sus pacientes les cuesta trabajo caminar en la noche, a oscuras, dentro de su casa?
20. ¿A consecuencia de su problema o del mareo, sus pacientes tienen miedo de quedarse solo(a)s en su casa?
21. ¿Debido a su problema o al mareo, sus pacientes se sienten incapaces o inútiles?
22. ¿A consecuencia de su problema o del mareo, sus pacientes han tenido dificultades en sus relaciones personales con sus parientes o amigos?
23. ¿Debido a su problema o al mareo, sus pacientes están deprimido(a)s o entristecido(a)s?
24. ¿El problema que sus pacientes tienen o el mareo que sienten ha interferido con sus trabajos o responsabilidades familiares?
25. ¿Al agacharse o inclinarse hacia adelante, por ejemplo, al recoger un objeto del suelo, sus pacientes sienten que aumenta su problema o el mareo?

La escala de calidad de vida se valoró de la siguiente manera: 1: siempre, 2: a veces y 3: nunca.

De acuerdo con los cuestionarios anteriores para cada pregunta, en su visita de recolección de información el encuestador preguntó el número de pacientes que en su práctica clínica habitual se encontraba en cada categoría, y de ahí se obtuvieron los porcentajes de pacientes para cada casilla del cuestionario de síntomas; de la misma manera se obtuvieron los datos referentes a la calidad de vida.

Metodología estadística

Estadística descriptiva

Las variables cualitativas discretas o categóricas se describieron a través de frecuencia y porcentaje de pacientes estimados por los médicos o de encuestas realizadas según la variable.

Las variables cuantitativas continuas se describieron a través de media, valor mínimo y máximo descrito en las encuestas y la desviación estándar de la variable (desviación típica).

Análisis de los síntomas

Cada encuesta proporcionó el número de pacientes por casilla de la pregunta de síntomas, lo que llevó al cálculo de los porcentajes para cada pregunta por síntomas de antes y después, de acuerdo con la percepción que ellos habían tenido de la evolución de cada uno, lo que pudo comprobarse al utilizar un contraste no paramétrico de *t* de Wilcoxon para la evaluación de los datos de antes, y se observó la diferencia a través de un valor de *p*, que es significativa en valores menores a 0.05.

Análisis de la calidad de vida

Con esta escala, las encuestas individuales podían tener un intervalo de calificación de 25 a 75 puntos, ya que cada pregunta se recodificó a un valor numérico (siempre = 1, a veces = 2, nunca = 3); se calculó el valor promedio para cada encuesta y se obtuvo el valor mínimo, el máximo, el promedio y la desviación estándar. A menor puntuación, menor calidad de vida.

Cada encuesta proporcionó el número de pacientes por casilla de la pregunta de síntomas, lo que llevó al cálculo de los porcentajes para cada pregunta en sus evaluaciones de antes y después del tratamiento, de acuerdo con la percepción que tuvieron de la evolución de calidad de vida.

El análisis de contraste entre el inicio y el final se comprobó al construir el intervalo de confianza de 95%, con lo que puede contrastarse cada pregunta en su cambio (final con respecto al inicio), incluso si la diferencia es significativamente positiva o negativa (todos los cambios positivos involucran un cambio positivo en la calidad de vida).

Se reportaron los valores promedio, las desviaciones estándar y los intervalos de confianza de 95% de cada una de las preguntas del cuestionario.

Reunión de expertos

Una vez que se tuvieron los resultados finales de las encuestas recabadas, se organizó una reunión con los especialistas que participaron en la encuesta y se invitó a los que respondieron encuestas completas; acudieron 24 especialistas. Se formaron mesas de trabajo de nueve médicos por mesa, en las que se discutieron los siguientes puntos:

- Percepción consolidada del médico acerca del perfil del paciente.
 - Perfil del paciente que respondió al tratamiento.
 - Perfil del paciente que no respondió al tratamiento.
- Percepción consolidada del médico acerca de la efectividad de la combinación piracetam más dihidroergocristina.
 - ¿Cuáles síntomas disminuyeron con la combinación y en cuánto tiempo?
 - ¿Cuáles fueron las dosis más prescritas de la combinación?
 - ¿Cómo se administró en relación con dosis de ataque y dosis de mantenimiento?
- Percepción consolidada del médico ante la mejoría de la calidad de vida con la combinación de piracetam más dihidroergocristina.
 - ¿Cómo mejoró la calidad de vida de los pacientes con la combinación de piracetam más dihidroergocristina?
 - ¿La duración del tratamiento influyó en la calidad de vida del paciente?

Resultados

Se obtuvo información de 48 médicos que valoraron a 500 pacientes con vértigo, tratados con la combinación de piracetam y dihidroergocristina.

Demografía

El sexo masculino representó aproximadamente 35%, lo que concuerda con lo reportado en otros artículos de vértigo, que informan que la distribución del vértigo por género es de dos mujeres por cada hombre (Cuadro 1). La edad reportada en las encuestas fue de 55.5 ± 9.07 años (Cuadro 2).

Diagnóstico

De acuerdo con el tipo de vértigo, las encuestas mostraron que sólo 5% de los pacientes manifestaron vértigo central y 95% de los pacientes tuvieron vértigo periférico (Cuadro 3).

Los subtipos de vértigo periférico se muestran en el Cuadro 4. La duración promedio del tratamiento se explica

Cuadro 1. Distribución de los pacientes por género

Género	Frecuencia (%)
Masculino	176 (35.2)
Femenino	324 (64.8)
Total	500 (100)

Cuadro 2. Edad de los pacientes

Estadísticos descriptivos	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Edad (años) promedio	67	19	94	55.51	9.07

Cuadro 3. Distribución de los pacientes por subtipo de vértigo

Vértigo periférico	N (%)
Vértigo posicional paroxístico benigno	194 (40.9)
Enfermedad de Ménière	45 (9.4)
Neuritis vestibular	35 (7.3)
Presbivértigo	73 (15.4)
Insuficiencia vértigo-basilar	39 (8.2)
Otros subtipos	88 (18.5)
Total	474 (100)

Cuadro 4. Duración promedio del tratamiento

Estadísticos descriptivos	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Días de tratamiento	67	7.00	120.00	35.16	21.76

en el Cuadro 5. El promedio del tratamiento fue de 35.16 ± 21.76 días.

Síntomas

En el Cuadro 6 se muestra la calificación de cada síntoma por el porcentaje de pacientes que el especialista reportó en cada categoría de calificación para las visitas basal y final.

En las Figuras 1 a la 10 se muestran los 10 síntomas registrados por los especialistas.

Calidad de vida

Para determinar la calidad de vida se utilizó un cuestionario validado de 25 preguntas con escala de respuesta a las preguntas de Siempre (1), A veces (2) y Nunca (3). Con esta escala, las encuestas pueden tener un intervalo de calificación de 25 a 75 puntos. A menor puntuación, menor es la calidad de vida manifestada por la percepción consolidada del médico. Cada pregunta se recodificó a un valor numérico, se calculó el valor promedio para cada encuesta y se obtuvo el valor mínimo,

máximo, el promedio y la desviación estándar. En el Cuadro 6 se muestran los valores descriptivos en la visita basal y en la final. Se observa que todos los intervalos de confianza son significativos; sin embargo, de acuerdo con la validación de la encuesta, el cambio de calidad de vida es significativo si se encuentran al menos dos puntos de diferencia entre el valor final y el basal.

Diferencias basal vs final

El cambio de calidad de vida se refleja por la diferencia entre el valor basal y el valor final entre las visitas (Cuadro 6).

En el Cuadro 6 se muestran las diferencias de calidad de vida del valor basal al final, al comparar con dos puntos mínimos logrados. Puede observarse que el cambio de calidad de vida se refleja por la diferencia entre el valor basal y el valor final entre las visitas, que se detalla en dicho cuadro, donde se observa el intervalo de confianza de 95% para la media. El intervalo está basado en una distribución normal de los datos.

Todas las diferencias e intervalos de confianza están basadas en una diferencia mínima de dos puntos entre la visita basal y la final.

En las preguntas 1, de la pregunta 3 a la 14, de la 16 a la 21, la 24 y la 25 se obtuvo un incremento significativo de la calidad de vida en dos puntos o más para cada reactivo ($p < 0.05$). Son notorios los resultados de las preguntas 3, 11, 13 y 25, que están directamente relacionadas con los síntomas provocados por la enfermedad, y en todos los casos el incremento de calidad de vida es sumamente significativo ($p < 0.01$).

Las preguntas 2, 15, 22 y 23 se relacionan con las consecuencias o perspectiva de las personas, relacionadas con la condición del paciente; en estos casos resulta que no son significativas ($p > 0.05$). Es decir, las percepciones del exterior con el tratamiento no provocan alguna diferencia en el transcurso de la enfermedad.

Resultados de la reunión de expertos

De las mesas de trabajo en el acto celebrado con los médicos que contestaron las encuestas se obtuvo lo siguiente:

- De acuerdo con la percepción consolidada de los especialistas que asistieron a la reunión, los pacientes que sí respondieron a la combinación de piracetam más dihidroergocristina fueron los que manifestaron:
 - Vértigo posicional paroxístico benigno, en conjunto con maniobras de reposición.
 - Vértigo de origen vascular.
 - Presbivértigo.
 - Acúfeno, aunque debe evaluarse la historia natural del síntoma.
- De acuerdo con la percepción consolidada de los especialistas, los pacientes que no respondieron a la

Cuadro 5. Calificación de cada síntoma

Síntomas	Sin síntoma	Porcentaje final			Sin síntoma	Porcentaje basal			p (t Wilco- xon)
		Síntoma leve	Síntoma moderado	Síntoma severo		Síntoma leve	Síntoma moderado	Síntoma severo	
¿Nota que el vértigo de sus pacientes les dura de segundos a minutos?	5.64	17.69	46.67	30.00	19.13	62.64	16.17	2.05	<0.001
¿Nota que el vértigo de sus pacientes les dura de minutos a horas?	13.83	30.62	35.80	19.75	41.13	45.92	10.99	1.97	<0.001
¿Nota que sus pacientes pierden el equilibrio?	4.98	21.91	44.02	29.08	27.25	54.91	15.63	2.20	<0.001
¿Sus pacientes tienen que estar en cama para calmar el vértigo o el mareo?	19.36	30.94	28.94	20.76	46.60	41.40	10.40	1.60	<0.001
¿Al levantarse de la cama sus pacientes sienten vértigo o mareo?	6.21	24.65	38.68	30.46	27.00	55.80	15.20	2.00	<0.001
¿Sus pacientes tienen que agarrarse cuando caminan?	13.40	29.00	33.80	23.80	42.40	43.60	11.80	2.20	<0.001
¿Sus pacientes sienten náuseas o ganas de vomitar?	16.00	37.20	26.80	20.00	48.70	44.11	5.99	1.20	<0.001
Sus pacientes tienen zumbido de oídos (acúfeno-tinnitus)?	16.40	40.60	24.80	18.20	35.80	43.80	16.40	4.00	<0.001
¿Sus pacientes tienen cefalea prolongada?	24.60	46.80	19.20	9.40	49.50	41.88	6.81	1.80	<0.001
¿Sus pacientes notan que caminan de lado?	12.80	35.40	34.60	17.20	44.20	42.20	11.00	2.60	<0.001

Cuadro 6. Valores descriptivos (continúa en la siguiente página)

	Visita basal		Visita final		Diferencias*		Final-basal*	
	Mín.- máx.	Promedio ± DE	Mín.- máx.	Promedio ± DE	Media	IC	Media	IC
1. Cuando sus pacientes miran hacia arriba, ¿se sienten más mareado(a)s, o aumentan sus problemas?	1-25	12.896 ± 5.748	2-29	17.585 ± 7.148	4.375	3.2844-5.4656	2.375	1.284-3.466
2. ¿Debido a su problema o mareo, sus pacientes se sienten fracasado(a)s?	2-27	17.478 ± 7.405	2-30	19.723 ± 8.129	1.7969	0.5992-2.9946	-0.203	-1.401-0.995
3. ¿Debido a su mareo o problema, sus pacientes evitan hacer viajes de placer o alguna diligencia?	1-25	14.881 ± 6.440	1-28	18.646 ± 7.946	15.1875	13.6356-16.7394	13.188	11.636-14.739

Cuadro 6. Valores descriptivos (continúa en la siguiente página)

	Visita basal		Visita final		Diferencias*		Final-basal*	
	Mín.- máx.	Promedio ± DE	Mín.- máx.	Promedio ± DE	Media	IC	Media	IC
4. Cuando sus pacientes caminan por los pasillos de un supermercado, ¿sienten que aumenta su problema o el mareo?	1-27	15.433 ± 6.796	2-30	19.015 ± 8.167	3.5313	2.2498-4.8127	1.531	0.250-2.813
5. ¿A causa de su problema o del mareo, a sus pacientes les cuesta trabajo acostarse o levantarse de la cama?	1-25	12.985 ± 5.835	2-29	17.985 ± 7.659	4.875	3.6079-6.1421	2.875	1.608-4.142
6. ¿Debido a su problema o al mareo, sus pacientes tratan de participar lo menos posible en actividades como salir a comer, ir al teatro, a fiestas, o a bailar?	1-26	14.493 ± 6.392	1-30	18.831 ± 7.684	4.0313	2.8387-5.2238	2.031	0.839-3.224
7. ¿A causa de su problema o del mareo, a sus pacientes les cuesta trabajo leer?	1-28	15.433 ± 6.702	2-30	19.338 ± 8.030	3.5156	2.2655-4.7658	1.516	0.266-2.766
8. ¿Al tener que realizar actividades más exigentes como algún deporte o trabajos pesados de la casa (barrer, limpiar pisos, guardar los platos), sus pacientes sienten que aumenta su problema o su mareo?	1-22	13.104 ± 5.655	1-30	17.364 ± 7.474	4.2188	3.1245-5.313	2.219	1.125-3.313
9. ¿Debido a su problema o al mareo, sus pacientes tienen miedo de salir solo(a)s de su casa, sin que alguien la acompañe?	2-24	14.418 ± 6.277	1-30	18.708 ± 7.986	3.9688	2.737-5.2005	1.969	0.737-3.201
10. ¿A causa de su problema o del mareo, sus pacientes se sienten incómodo(a)s frente a otras personas?	2-27	15.597 ± 6.681	2-30	19.415 ± 8.193	3.5	2.3225-4.6775	1.500	0.323-2.678
11. ¿Al hacer movimientos rápidos de la cabeza, sus pacientes notan que aumenta su problema o el mareo?	1-25	11.851 ± 4.992	1-30	17.167 ± 7.437	5.2656	4.0498-6.4814	3.266	2.050-4.481
12. ¿Debido a su problema o al mareo, sus pacientes evitan las alturas; por ejemplo, subir un edificio de varios pisos?	1-30	14.209 ± 6.886	1-30	17.955 ± 8.157	3.6563	2.4544-4.8581	1.656	0.454-2.858

Cuadro 6. Valores descriptivos (continúa en la siguiente página)

	Visita basal		Visita final		Diferencias*		Final-basal*	
	Mín.- máx.	Promedio ± DE	Mín.- máx.	Promedio ± DE	Media	IC	Media	IC
13. ¿Al darse vuelta en la cama, sus pacientes sienten que aumenta su problema o el mareo?	1-25	12.642 ± 5.520	1-30	18.091 ± 7.575	5.4063	4.1312-6.6813	3.406	2.131-4.681
14. ¿Debido a su problema o al mareo, a sus pacientes les cuesta hacer los trabajos pesados de la casa o del patio?	1-23	13.448 ± 6.006	1-30	18.106 ± 8.065	4.5625	3.4071-5.7179	2.563	1.407-3.718
15. ¿Debido a su problema o al mareo, sus pacientes se avergüenzan al pensar que la gente crea que puedan estar borracho(a)s o drogado(a)s?	2-27	17.836 ± 7.555	2-30	19.848 ± 8.544	1.8125	0.7371-2.8879	-0.188	-1.263-0.888
16. ¿A consecuencia de su problema o del mareo, a sus pacientes les cuesta trabajo caminar solo(a)s?	1-25	14.910 ± 6.520	2-30	18.970 ± 8.203	3.9219	2.7852-5.0586	1.922	0.785-3.059
17. ¿Al bajar de la banqueta a la calle o avenida, a sus pacientes les aumenta su problema o el mareo?	1-27	14.970 ± 6.715	2-30	18.924 ± 8.179	3.7813	2.6025-4.96	1.781	0.603-2.960
18. ¿Debido a su problema o al mareo, a sus pacientes les cuesta trabajo concentrarse?	1-27	14.985 ± 6.600	2-30	18.742 ± 8.041	3.5625	2.427-4.698	1.563	0.427-2.698
19. ¿Debido a su problema o al mareo, a sus pacientes les cuesta trabajo caminar en la noche, a oscuras, dentro de su casa?	1-25	14.552 ± 6.401	2-30	18.318 ± 7.944	3.6094	2.4322-4.7866	1.609	0.432-2.787
20. ¿A consecuencia de su problema o del mareo, sus pacientes tienen miedo de quedarse solo(a)s en su casa?	1-26	15.522 ± 6.790	1-30	19.106 ± 8.117	3.4688	2.1743-4.7632	1.469	0.174-2.763
21. ¿Debido a su problema o al mareo, sus pacientes se sienten incapaces o inútiles?	1-27	16.364 ± 6.681	1-30	19.846 ± 8.201	3.2656	2.0216-4.5096	1.266	0.022-2.510
22. ¿A consecuencia de su problema o del mareo, sus pacientes han tenido dificultades en sus relaciones personales con sus parientes o amigos?	1-27	17.909 ± 7.051	2-30	20.308 ± 8.301	2.1406	0.9523-3.3289	0.141	-1.048-1.329

Cuadro 6. Valores descriptivos (continuación)

	Visita basal		Visita final		Diferencias*		Final-basal*	
	Mín.-máx.	Promedio ± DE	Mín.-máx.	Promedio ± DE	Media	IC	Media	IC
23. ¿Debido a su problema o al mareo, sus paciente están deprimido(a)s o entristecido(a)s?	1-27	16.470 ± 6.627	1-30	19.492 ± 7.828	2.7969	1.6242-3.9695	0.797	-0.376-1.970
24. ¿El problema que sus pacientes tienen o el mareo que sienten ha interferido con sus trabajos o responsabilidades familiares?	1-25	15.167 ± 5.991	1-30	18.769 ± 7.808	3.4063	2.2298-4.5827	1.406	0.230-2.583
25. ¿Al agacharse o inclinarse hacia adelante, por ejemplo, al recoger un objeto del suelo, sus pacientes sienten que aumenta su problema o el mareo?	1-24	12.164 ± 5.110	1-37	17.470 ± 7.841	5.2656	4.0385-6.4928	3.266	2.039-4.493

* Intervalo de confianza de 95% para la media. El intervalo está basado en una distribución normal de los datos.

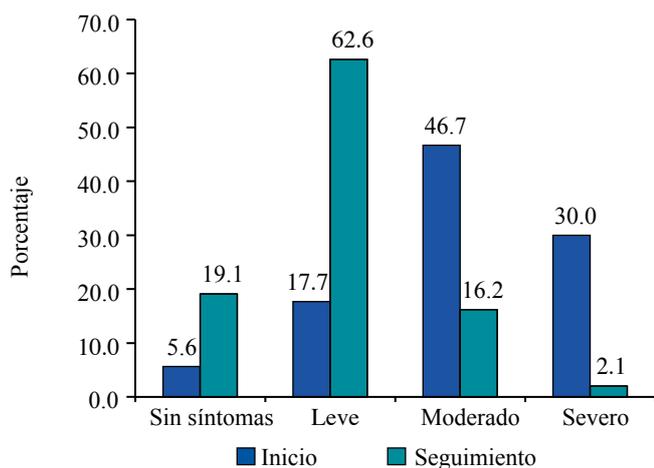


Figura 1. ¿Nota que el vértigo de sus pacientes les dura de segundos a minutos?

combinación de piracetam más dihidroergocristina fueron los que tuvieron:

- a. Vértigo psicógeno.
- b. Vértigo central de origen tumoral.

3. En relación con lo que acordaron en cuanto al medicamento, normalmente administraron la combinación de piracetam más dihidroergocristina de esta manera:

- a. Dosis inicial: 8 mL cada 12 horas, durante dos semanas, o antes, si se obtuvo el efecto deseado.

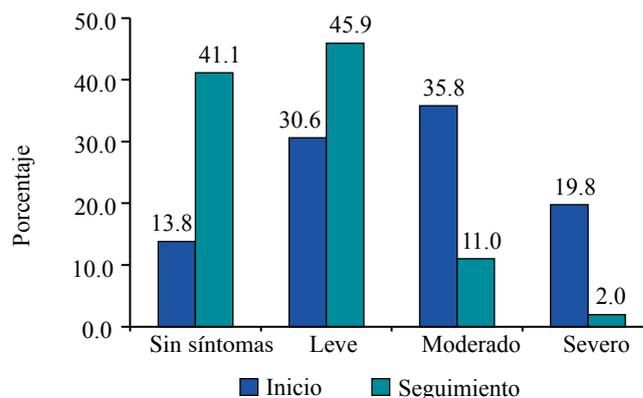


Figura 2. ¿Nota que el vértigo de sus pacientes les dura de minutos a horas?

El efecto que se buscó es por titulación, más que administrar las dosis recomendadas por la información para prescribir.

- b. Dosis de mantenimiento: 4 mL cada 8 horas, durante seis semanas; o aumentar a 6 mL cada 8 horas, si no se tuvo el efecto deseado. Este periodo de mantenimiento duró seis semanas.
4. En la experiencia de los participantes, en cuanto a la calidad de vida, los pacientes que no mejoraron su calidad de vida con la combinación de piracetam más dihidroergocristina fueron aquellos con:
- a. Acúfeno.
 - b. Temor de recaída al reiniciar sus actividades físicas.

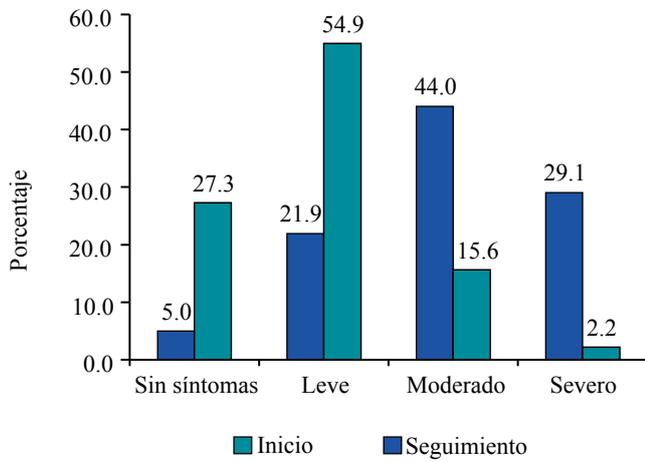


Figura 3. ¿Nota que sus pacientes pierden el equilibrio?

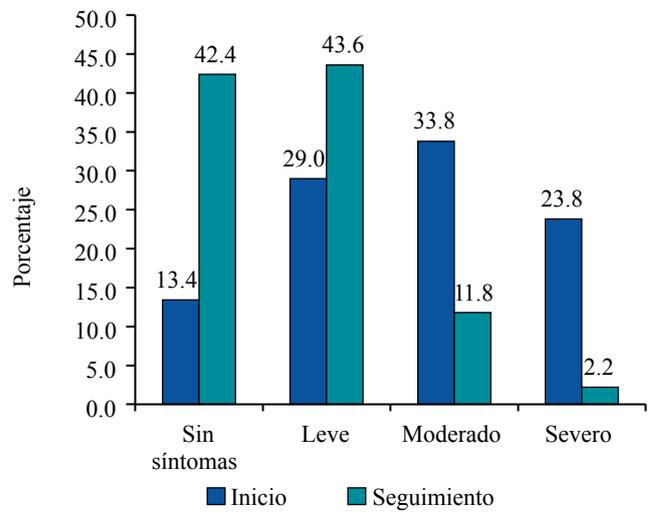


Figura 6. ¿Sus pacientes tienen que agarrarse cuando caminan?

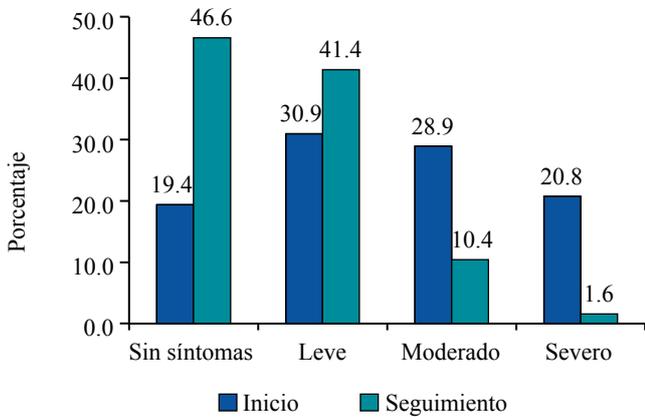


Figura 4. ¿Sus pacientes tienen que estar en cama para calmar el vértigo o el mareo?

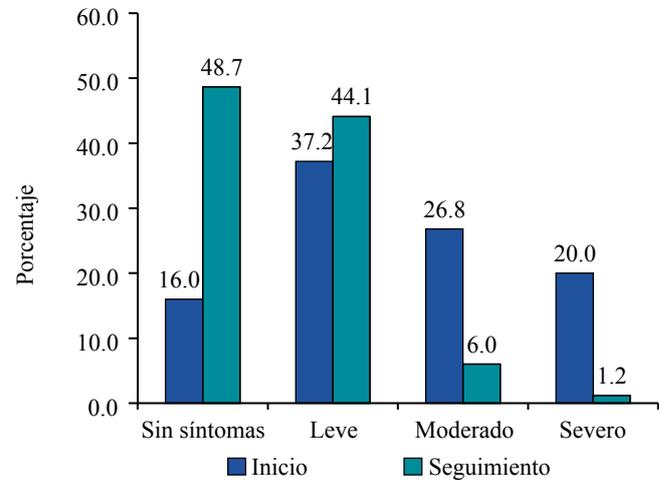


Figura 7. ¿Sus pacientes sienten náuseas o ganas de vomitar?

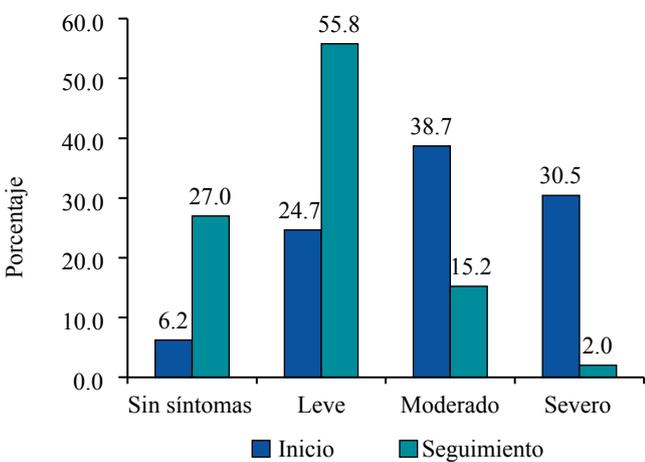


Figura 5. ¿Al levantarse de la cama sus pacientes sienten vértigo o mareo?

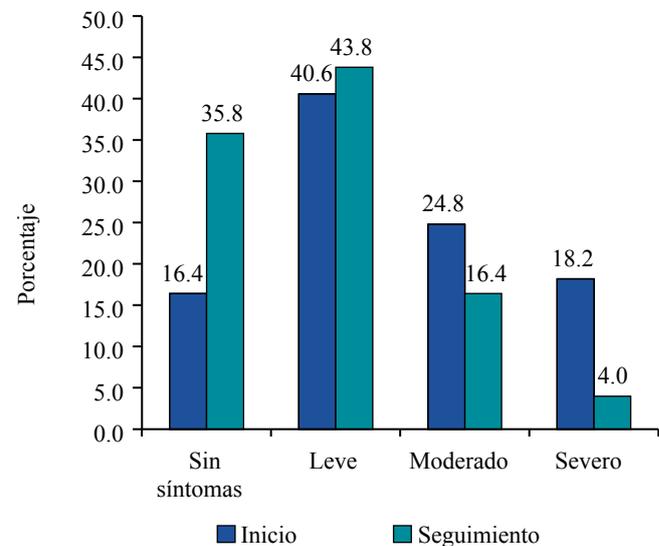


Figura 8. Sus pacientes tienen zumbido de oídos (acúfeno-tinnitus)?

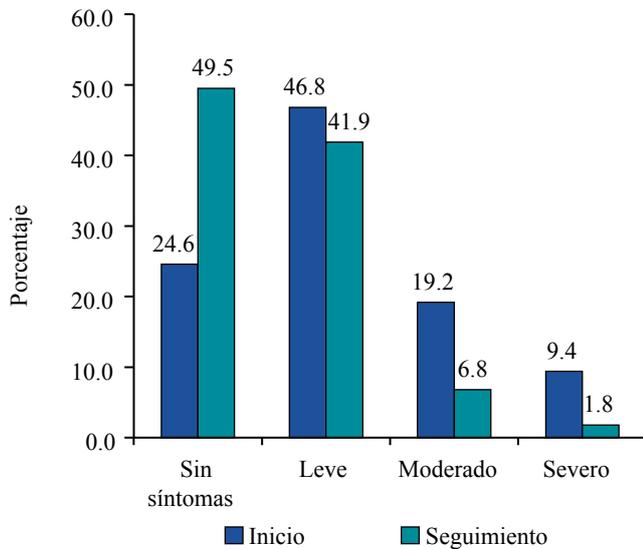


Figura 9. ¿Sus pacientes tienen cefalea prolongada?

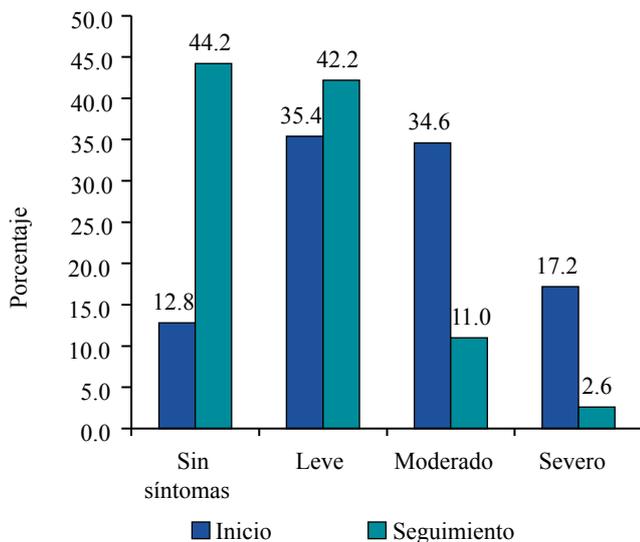


Figura 10. ¿Sus pacientes notan que caminan de lado?

Discusión

Se recolectaron las encuestas de 48 médicos que incluyeron información proveniente de 500 pacientes con diagnóstico de vértigo, de los cuales, 95% correspondió a síntomas de vértigo periférico. El tiempo de tratamiento con piracetam más dihidroergocristina varió entre 7 y 120 días, de acuerdo con los datos reportados por los médicos especialistas. La percepción consolidada en las encuestas demostró que el tratamiento con la combinación de piracetam más dihidroer-

gocristina es efectivo contra el vértigo de origen periférico y la calidad de vida mejoró significativamente después del tratamiento.

Existen al menos tres instrumentos (cuestionarios) validados para medir la discapacidad producida por el vértigo y se escogió el cuestionario *Dizziness-Handicap-Inventory* por su capacidad de evaluar los cambios del paciente, que contemplan la vida cotidiana y no únicamente durante la evaluación vestibulométrica en consultorio. Además, es un cuestionario práctico que requiere poco tiempo para completarlo, con reactivos fáciles de comprender; actualmente se utiliza como el estándar.

La combinación del *Dizziness-Handicap-Inventory* con el cuestionario de síntomas proporcionó una herramienta útil en la evaluación de los cambios experimentados por los pacientes.

La dosis inicial consensuada fue de 8 mL cada 12 horas, durante dos semanas, y el tiempo de tratamiento varió según el tipo de vértigo y de la respuesta de cada paciente. Posteriormente, algunos médicos ajustaron la dosis, de acuerdo con el efecto buscado para cada caso. La dosis de mantenimiento se estableció en 4 mL cada 8 horas durante seis semanas, o aumentó a 6 mL cada 8 horas, si no se obtuvo el efecto deseado.

Todos los síntomas tuvieron disminución porcentual importante después del tratamiento con la combinación de piracetam más dihidroergocristina. Se observaron cambios importantes en el porcentaje de pacientes en cada calificación de los síntomas, como se describe a continuación.

La pérdida de equilibrio como síntoma severo disminuyó de 29 a 2%; mientras que la ausencia del síntoma se incrementó de 5 a 27%.

La sensación de vértigo al levantarse de la cama mostró una disminución de las más altas registradas en la categoría de síntoma severo, al cambiar de 30 a 2%; en contraste, la ausencia del síntoma se incrementó de 6 a 27%.

La duración de segundos a minutos del vértigo mostró una disminución similar a las anteriores, al cambiar de 30 a 2% en síntomas severos; y la ausencia de síntomas se incrementó de 5 a 19%.

La duración de minutos a horas del vértigo mostró una disminución de síntomas severos de 19 a 2%; y la ausencia de síntomas se incrementó de 13 a 41%.

La necesidad de agarrarse al caminar como síntoma severo disminuyó de 23 a 2%, mientras que la ausencia del síntoma se incrementó de 13 a 42%.

Caminar de lado, calificado como síntoma severo, disminuyó de 17 a 2%; en tanto que la ausencia del síntoma se incrementó de 12 a 44%.

Las náuseas o ganas de vomitar, como síntoma severo, disminuyeron de 20 a 1%; mientras que la ausencia del síntoma se incrementó de 16 a 48%.

La acción de los pacientes de estar en la cama para calmar la sensación de mareo ocurrió con una disminución de 20 a 1%; mientras que la ausencia del síntoma se incrementó de 19 a 46%.

Fue significativo el cambio de la evaluación basal a la final, pues la disminución del síntoma severo de cefalea prolongada fue de 9 a 2%; en tanto que la ausencia del síntoma fue de 25 a 50%.

El acúfeno también mostró una disminución significativa como síntoma severo, de 18 a 4%; y la ausencia del síntoma aumentó de 16 a 35%.

En todos los casos, los síntomas leves tuvieron cambios del orden de alrededor de 20% y fueron superiores en la visita de evaluación final. En contraste, los síntomas moderados terminaron con porcentajes entre 6 y 15%, disminuyendo de valores cercanos a 30% en la evaluación basal.

La calidad de vida se evaluó al momento del diagnóstico (basal) y al término del tratamiento con un instrumento validado de 25 reactivos, que incluyó sentimientos personales e interacción con la sociedad.

El cuestionario de calidad de vida utilizado (*Dizziness Handicap Inventory*) evaluó aspectos cotidianos en la vida de los pacientes a través de 25 reactivos. Si en un reactivo se obtenía una diferencia de dos puntos entre las evaluaciones, se consideró un cambio significativo de calidad de vida relacionado con el reactivo evaluado. Así se obtuvo la diferencia y se reportó con respecto a esta ganancia de dos puntos, para lo que se estimaron los intervalos de confianza de 95% y se determinó si la diferencia obtenida fue superior a dos puntos.

En 21 de los 25 reactivos de la percepción consolidada de los especialistas se obtuvo una mejoría notable en la calificación obtenida de cada reactivo, lo que indica que se logró un incremento sustancial con la combinación de piracetam más dihidroergocristina.

Los reactivos que mostraron mayores incrementos en el alivio fueron: los pacientes evitan viajar al sentir los síntomas de vértigo, no hacen movimientos rápidos de la cabeza ni movimientos bruscos en la cama y, finalmente, agacharse es la actividad que se evita para no tener síntomas. Estas categorías tuvieron diferencias superiores a tres puntos y corresponden a actividades físicas que el paciente evita para no incrementar la severidad de los síntomas.

Con base en los resultados obtenidos en esta encuesta, mismos que reflejan la percepción consolidada de un grupo representativo de médicos mexicanos especialistas en otorri-

nolaringología, se afirma que la fórmula dihidroergocristina-piracetam representa una opción terapéutica eficaz en el tratamiento de los síntomas asociados con el vértigo y que mejora significativamente la calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad.

Conclusiones

El vértigo afectó más frecuentemente a mujeres que a hombres (relación 2:1) y a una edad promedio de 55 años. La fórmula dihidroergocristina-piracetam representa una opción terapéutica eficaz contra el vértigo. También mejora significativamente la calidad de vida de los pacientes con esta afección.

Médicos participantes en la encuesta por orden alfabético:

Alejandro Castañeda, Alfredo Vega Alarcón, Álvaro Takane Kimura, Ana María Martín, Ana Paula Real Villa Corona, Andrés Sánchez González, Antonio Herrera Ortiz, Arturo Alanís Ibarra, Arturo Chávez González, Clemente Artemio Hernández Mendoza, Curioca Karana Elías, David Montes de Oca, David Núñez Fernández, David Omar Arroyo Zavala, Eduardo Niño Aguirre, Enrique Lamadrid Bautista, Esmeralda Quezada Méndez, Francisco J Pérez Gómez, Gabriela Quintanar Morales, Jesús Miranda Loa, Joel Heras Espinoza, José Florentino De León Valdés, José I Abraham Garzón, José J García Parra, José Luis Flores López, José Vidal González Zamora, Juan A Sordo Pérez, Juan Rosas Peña, Julio Mena Ayala, León Felipe García Lara, Lorenza Curiel Aceves, Luis Waldo Lechuga Martín del Campo, Marcos Antonio Rodríguez Perales, María del Coral García Serrano, Mario Alberto de Jesús De la Garza Elizondo, Martha Patricia Guinto, Miguel Ángel Azpeitia Torres.

Referencias

1. *Almirall Prodesfarma. Estudio Verdi: estudio sobre calidad de vida en pacientes con vértigos, mareos o inestabilidad tratados con Diemil (piracetam y dihidroergocristina). Estudio no publicado. Barcelona, 2003.
2. Cummings CW, Fredrickson JM, Harper LE, Krause CJ, Schuller DE. Physiology of the vestibular system. Chapter 144. In: Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 2nd ed. St. Louis, Missouri: Mosby, 1993.
3. Oh AK, et al. Familial recurrent vertigo. Am J Med Gen 2001;100:287-291.
4. Peña MA. Test del Dizziness Handicap Inventory, o de discapacidad vestibular, homologación lingüística. Rev Nac Orl Cir Cabeza Cuello 2011;71:85-88.
5. Jacobson GP, Newman CW. The development of the Dizziness Handicap Inventory. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1990;116:424-427.