

Mareo en el mayor

Sebastià Riu Subirana^{a,*} y Miquel Àngel Martínez Adell^b

^aMédico de Familia. GSRET i Respir Llars Mundet. Diputació de Barcelona. Barcelona. España.

^bMédico de Familia. ABS Argenton. Consorci Sanitari del Maresme. Barcelona. España.

*Correo electrónico: riuss@diba.cat

Puntos clave

- Para poder realizar una correcta aproximación diagnóstica y un posterior abordaje, será necesario evaluar los *mareos* mediante una entrevista clínica dirigida y un breve examen físico.
- Puede tratarse de un proceso agudo y de corta duración (vértigo y presíncope-síncope) o de un proceso subagudo o crónico (desequilibrio y mareo inespecífico).
- El vértigo es un síntoma no excluyente, esto es, se acompaña de otros síntomas en función de la patología que lo origina y son estos los que orientan su posible etiología.
- La hipotensión ortostática, las arritmias cardíacas y las crisis vasovagales son las causas más frecuentes de presíncope.
- El mareo crónico o persistente, que algunos autores identifican con la clínica del desequilibrio, puede causar deterioro del funcionamiento físico y social de la persona mayor que lo padece.

Palabras clave: Mareo • Mayor • Síncope • Presíncope • Desequilibrio • Vértigo.

Introducción y epidemiología

El mareo es un término inespecífico que a menudo es utilizado por los pacientes para describir unos síntomas muy variados y personales¹. Este *mareo* es muy frecuente como motivo de consulta (un 30% de las personas mayores de 65 años han presentado mareo), su prevalencia aumenta con la edad (50% de los mayores de 85 años) y es además más frecuente en mujeres hasta los 85 años, edad en que las frecuencias entre hombres y mujeres se igualan². Entre el 13% y el 38% de los mayores presentan un mareo crónico que se asocia a un aumento en el riesgo de caídas, discapacidad crónica³ e institucionalización.

Sabemos que en el 80% de los casos puede resolverse en el ámbito de la atención primaria⁴, llegando a presentar vértigo en un 28%, trastornos cardiovasculares en un 14,3%, enfermedad vestibular periférica en un 11,9%, trastornos psiquiátricos en un 5,7% y trastornos musculoesqueléticos en un 5,3%².

De todas maneras, algunos estudios sugieren que más del 40% de los mayores con mareo no tienen un diagnóstico específico².

La evaluación en estos casos será dificultosa. Esto producirá en un número nada despreciable de pacientes la sensación subjetiva de gravedad, lo que provocará en muchos de ellos estudios complejos y costosos o derivaciones innecesarias⁵.

Presentación clínica

El mareo, como lo entienden los pacientes, incluye diferentes situaciones que tienen como denominador común una alteración en el equilibrio o de la conciencia.

Para poder realizar una correcta aproximación diagnóstica y un posterior abordaje, será necesario evaluar mediante una entrevista clínica dirigida y un breve examen físico estos *mareos* (tablas 1 y 2). Entre los factores más útiles para establecer la causa del mareo se encuentran la descripción de la evolución de este en el tiempo y la descripción de los factores agravantes y desencadenantes³.

Con la anamnesis podemos ubicar a los pacientes en cuatro grandes categorías sindrómicas (tabla 3):

TABLA 1. Preguntas que debemos hacernos ante un paciente con mareo y algunas formas dirigidas de hacerlas

- ¿Presenta vértigo verdadero?: ¿Las cosas “dan vueltas” alrededor del paciente?
- ¿Cómo fue el inicio de esta molestia? ¿Cuánto duran los síntomas?
- ¿Fue un episodio único, varios episodios seguidos o lo tiene todo el tiempo desde la fecha que usted recuerda que comenzaron los síntomas?
- ¿Está acompañado de síntomas auditivos, neurológicos u otros?: ¿Siente zumbidos en el oído?
- ¿Cuáles son los antecedentes del paciente?
- ¿Qué medicación toma?

Esta entrevista clínica, habitualmente, se plantea de forma resumida a los pacientes en los siguientes términos: ¿Le dan vueltas las cosas a su alrededor o es usted el que está como inestable, como aturdido?

- vértigo (periférico o central),
- presíncope-síncope,
- desequilibrio,
- mareo inespecífico

donde todos los subtipos aumentan su incidencia con la edad excepto el vértigo, que permanece estable y es más frecuente entre las mujeres².

Estas categorías nos hablan de un proceso agudo y de corta duración (vértigo y presíncope-síncope) o de un proceso más subagudo o crónico (desequilibrio y mareo inespecífico).

El mareo constante durante meses (tabla 4) es usualmente de origen psicógeno, no vestibular, aunque algunos pacientes que manifiestan tener mareos constantes durante meses, en realidad puede significar que tienen una susceptibilidad constante para mareos episódicos; y esto puede ser un problema vestibular³.

Sobre este punto de partida, nos detendremos con más detalle en estas categorías sindrómicas.

Vértigo

Es un síntoma que consiste en una falsa percepción de movimiento; el paciente nota que él o el entorno se desplazan sin que en realidad exista movimiento alguno. Por ser una sensación subjetiva, es preciso que el paciente se encuentre consciente, lo que elimina del concepto vértigo otras situaciones que a veces se confunden con él (ictus, síncope, lipotimias).

El vértigo es un síntoma no excluyente, es decir, se acompaña de otros síntomas en función de la patología que lo origina y son estos los que orientan su posible etiología. Suele ser de inicio brusco y generalmente se acompaña de síntomas vegetativos e indica afectación del sistema vestibular.

Es necesario diferenciar si es de origen central o periférico (tabla 5):

TABLA 2. Evaluación del paciente con vértigo

1. Historia clínica

- a. Clínica del mareo
- b. Consumo de alcohol
- c. Tratamientos farmacológicos

2. Examen físico por aparatos

- a. Cardiocirculatorio
 - i. Toma de pulso arterial periférico
 - ii. Toma de tensión arterial
 - iii. Test de hipotensión ortostática
 - iv. Auscultación cardiaca
- b. Locomotor
 - i. Tándem
 - ii. Exploración de las extremidades inferiores
- c. Neurológico
 - i. Reflejos osteotendinosos
 - ii. Test de monofilamento
 - iii. Test de Romberg
- d. Vestibular
 - i. Otoscopia
 - ii. Maniobra de Dix-Hallpike
- e. Oftalmológico
 - i. Valoración de la agudeza visual

3. Exploraciones adicionales (según sospecha clínica)

- a. ECG
- b. Holter
- c. Till Test
- d. Hemoglobina
- e. Glicemia
- f. Audiometría
- g. Test de evaluación psiquiátrica

Tomada de Maarsingh et al⁷.

1. Periférico: sospecha ante afectación audiológica.
2. Central: presencia de síntomas o signos de afectación neurológica. Es menos frecuente que el periférico y se produce en el 20% de los ancianos.

En la tabla 3 podemos encontrar las causas que pueden originar vértigo.

En general, es un trastorno autolimitado que se resuelve en un período de 16-50 días. Por ello, el primer paso en el tratamiento será tranquilizar al paciente y explicarle las características de su proceso (grado de recomendación C), recomendando reposo en la fase aguda⁶.

Las maniobras de reposición vestibular (grado de recomendación A) de Epley (fig. 1) serán el tratamiento más efectivo para recuperar el estado normal del paciente, en el

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5679305>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5679305>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)