

**INVESTIGACIÓN SOBRE LA
MINUSVALÍA EN PATOLOGÍA
VESTIBULAR**

Dr. José Luis PARDAL REFOYO
Doctor en Medicina y Cirugía
Médico Especialista en Otorrinolaringología

ZAMORA, 2000

INVESTIGACIÓN SOBRE LA MINUSVALÍA EN PATOLOGÍA VESTIBULAR

©José-Luis Pardal Refoyo

jpardalr@seorl.org

Depósito Legal: ZA-102-2000

Impresión:

IMPRENTA ZAMORANA, S.C.L.
Colón, 12
Tfno. 980 526 879
49020 ZAMORA

INDICE

CAPÍTULO	página
RESUMEN	4
1-INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	25
2-MATERIAL y MÉTODO	26
3-RESULTADOS	32
1-Datos generales de la muestra	33
2-Comparación de las puntuaciones obtenidas en el CEMPV	33
2.1-Comparación de puntuaciones entre pacientes con tiempo de evolución menor o igual a 6 semanas (grupos VPP-A y EM-B)	33
2.2-Comparación de puntuaciones entre pacientes con tiempo de evolución igual o superior a 2 años (grupos VPP-C y EM-D)	32
2.3-Comparación de puntuaciones entre pacientes con vértigo posicional paroxístico (grupos VPP-A y VPP-C)	33
2.4-Comparación de puntuaciones entre pacientes con enfermedad de Ménière (grupos EM-B y EM-D)	34
2.5-Perfiles	34
3-Establecimiento de grados de minusvalía	42
4-Comparación del número de individuos según grado de minusvalía y grupo (c^2)	45
4-COMENTARIOS	55
5-CONCLUSIONES	64
6-BIBLIOGRAFÍA	66

RESUMEN

Objetivo: Demostrar la capacidad de discriminar diversos grados de minusvalía en pacientes con enfermedad vestibular mediante un cuestionario diseñado para tal fin.

Diseño: Estudio prospectivo. Dos años de estudio (periodo 1 de mayo 1994 al 1 de mayo de 1996).

Ambito de estudio: Pacientes procedentes del Área de Salud de Zamora atendidos en consulta ambulatoria de Otorrinolaringología con patología vestibular periférica evaluados por el investigador.

Sujetos del estudio: Se incluyeron 60 pacientes en los que se estableció el diagnóstico de vértigo posicional paroxístico o enfermedad de Ménière con tiempo de evolución igual o menor a 6 semanas o con tiempo de evolución igual o superior a 2 años en el momento de contestar por vez primera el cuestionario agrupándolos en cuatro grupos (A y B: pacientes con igual o menos de 6 semanas de evolución con diagnóstico de vértigo posicional paroxístico y enfermedad de Ménière respectivamente y los grupos C y D: pacientes con igual o menos de 2 años de evolución con diagnóstico de vértigo posicional paroxístico y enfermedad de Ménière respectivamente). Se seleccionaron 15 pacientes para cada grupo que cumplían criterios de inclusión que se exponen en el texto.

Instrumentalización: Se empleó un cuestionario autoadministrado de diseño propio denominado CEMPV (Cuestionario para la Evaluación de la Minusvalía en Patología Vestibular) que consta de 46 preguntas distribuidas en tres escalas (emocional 14 preguntas, funcional 20 preguntas y orgánica 12 preguntas). De cada cuestionario se obtienen puntuaciones directas y proporcionales (ambas para cada escala y global para todo el cuestionario). Se analizan las puntuaciones obtenidas en la primera valoración. Se realizó estadística descriptiva para cada grupo y para cada escala. La comparación entre las puntuaciones se realizó mediante test de Student. El establecimiento de los distintos grados de minusvalía se realizó hallando los cuartiles. Para comparar las frecuencias con que se presentan los grados de minusvalía en relación a los grupos clínicos y al tiempo de evolución se realizó el test de χ^2 .

Resultados: Se diferencian cuatro tipos de minusvalía medidos por el CEMPV: emocional, funcional, orgánica y global que, en función de la puntuación obtenida se distribuyen en cuatro grados (del grado I al IV). El grado 0 equivale a la ausencia de sintomatología (útil en las evaluaciones sucesivas). Los pacientes con tiempo de evolución superior a 2 años presentan, en general, puntuaciones más elevadas en las escalas emocional y funcional. La enfermedad de Ménière se manifiesta desde sus inicios con puntuaciones más elevadas en las escalas emocional y funcional comparadas con las obtenidas en los pacientes con vértigo posicional paroxístico.

Conclusiones: El CEMPV es un instrumento de medida de útil puesto que permite la diferenciación de diferentes grados de minusvalía en las muestras estudiadas.

PALABRAS CLAVE: CALIDAD DE VIDA; VÉRTIGO; ENFERMEDAD VESTIBULAR; MAREO; PSICOLÓGICO; MINUSVALÍA

1-INTRODUCCIÓN

"... el vértigo es el ejemplo más representativo de esta lucha de valores, para superar el dolor físico sobre el moral, ya que éste es más atroz ..."

"Durante las crisis de vértigo no sólo gira su mundo exterior, no sólo pierde el lugar que ocupa en el espacio, sino que sufre, su confianza, su sentido de existir y dominar ceden por el punto débil afectivo." "... su espíritu queda abandonado a un sufrimiento sin precedentes, ya que el más firme puntal de la integridad humana está en la unidad anímica." "... es demasiado íntimo y complejo su sufrimiento, para que el más esencial fundamento de la vocación médica no pretenda hacerse cargo de él."

Azoy, 1948 [1]

Es difícil hallar una manifestación que exprese mejor ese concepto del vértigo como *sufrimiento* que entra de lleno en lo que hoy denominamos minusvalía y calidad de vida. Cuando se habla de "vértigo" no sólo nos referimos a la sensación más o menos intensa de desplazamiento y desorientación espacial sino al conjunto de síntomas que pueden acompañarlo (náuseas, vómitos, acúfenos, cefaleas) y a la mayor o menor incapacidad que produce.

La observación de que la evolución del enfermo con un cuadro de vértigo agudo era variable e imprevisible, desde la completa curación hasta la muerte pasando por estados secuelares más o menos graves es muy antigua (ARETTE, 138 d.C.) [2] ya que, a la luz de los conocimientos actuales, el vértigo es una manifestación sintomática de multitud de patologías de curso muy diferente. Los datos clínicos en las enfermedades que se manifestaban con vértigo permanecieron inconexas hasta la segunda mitad del siglo XIX. Aunque DELEAU (1838) describe una enfermedad caracterizada por la asociación de vértigo, náuseas, vómitos, sordera y movimientos oculares es

MÉNIÈRE (1861) quien relaciona los síntomas con una lesión del vestíbulo [2,3]. Posteriormente LUCAE (1881) y POLITZER (1884) establecen, respectivamente, la relación clínica y fisiopatológica entre la patología infecciosa del oído medio y los trastornos del equilibrio [2]. Estos conocimientos fueron fundamentales para la evaluación clínica práctica del paciente ya que su correcta valoración tenía un gran valor pronóstico (JANSEN, 1898) al poder ser previsible la aparición de complicaciones endocraneales ante un paciente con otitis supurativa y vértigo. A principios de siglo en los manuales se recogen multitud de cuadros clínicos en los que el centro lo ocupa la enfermedad de Ménière en sus distintas formas de manifestación, el resto de patologías suelen agruparse entre los síndromes menieriformes. Los avances en la explicación de las conexiones nerviosas, la descripción detallada de los cuadros clínicos, la explicación de los diversos mecanismos fisiopatológicos es un proceso lento pero progresivo; a partir de los años cincuenta se describen entidades clínicas como el vértigo posiconal paroxístico y los diferentes mecanismos fisiopatológicos para cada una [4,5,6].

El modo de enfermar y las manifestaciones clínicas poco han variado a lo largo de la historia [2], pero ¿como se han interpretado y relacionado los síntomas con el estado emocional y funcional del enfermo?

GALENO (siglo I d.C.) distinguía en vértigo auténtico de los trastornos de la razón puesto que podía ser interpretado por el enfermo como una sensación falsa. THOMAS WILLIS (1682) interpreta que el vértigo auténtico es una enfermedad con entidad propia, define correctamente la sensación rotatoria e introduce la tristeza y la melancolía como etiología de mareos de causa interna. SAUVAGES (*Nosologie méthodique*, 1772) incluye el vértigo en el Orden I («folies», locuras) estableciendo una clasificación de los vértigos entre los que se encuentra el «vértigo vaporoso» de los "nerviosos, melancólicos y de las mujeres histéricas". Así, desde un punto de vista genérico, con frecuencia el vértigo es interpretado como síntoma de enfermedad nerviosa. ITARD (1821) en *Traité des maladies de l'oreille et de l'audition* inicia la exposición de un caso de vértigo con la referencia de que se trataba de una mujer de buen temperamento y que nunca había padecido de enfermedad nerviosa («d'un bon temperament et qui n'avait été jamais sujette aux maux de nerfs»). CHARCOT (1874) presenta un caso de «vertige

ab auae laesa» y termina señalando que se acompañaba de síntomas histéricos (hemianestesia izquierda) ya que la enferma no se movía desde hacía cinco años y estaba afecta de un estado vertiginoso continuo; no habla de la histeria como causante de la sintomatología sino de la coexistencia de dos procesos, el de origen vestibular y el psíquico.

BOTEY (1902) establece tres modelos clínicos de trastornos vertiginosos: la forma apopléctica, el síndrome de Ménière incompleto y el vértigo *ab auae laesa* y hace referencia a lesiones en el oído insignificantes que pasan desapercibidas, sin sordera ni zumbidos y con caminar inseguro que explica pueden ser producidas "por congestiones angineuróticas del vestíbulo debido a una insuficiente ventilación del oído medio en pacientes cuyo sistema nervioso está agotado por disgustos o excesos intelectuales" [3].

Esta relación entre el síntoma vértigo, el estado anímico, la personalidad y la psicopatología del enfermo es permanente en la literatura y es puesta de manifiesto por numerosos autores [7,8]. En los años 60 comienzan a emplearse cuestionarios y escalas que miden dichas manifestaciones en enfermos con patología vestibular. Sin embargo los estudios realizados mediante baterías de tests y los exclusivamente electrofisiológicos no han demostrado servir para la evaluación de la repercusión que el paciente siente en su vida diaria [9].

En la TABLA 1.1 se hace un resumen de algunos autores que han afrontado directa o indirectamente el problema de la evaluación de la repercusión funcional que la enfermedad vestibular tiene sobre el individuo y se recogen los métodos que se han empleado para dicha evaluación (personalidad, memoria, ansiedad, depresión, inteligibilidad verbal, cuestionarios sobre salud en general y calidad de vida [10-17]). Las escalas y cuestionarios asignan una puntuación a una frase (en el caso de las escalas) o a una pregunta (cuestionario); ambas pueden ser autoadministradas (el paciente lee y contesta sobre el test) o heteroadministrada (el investigador lee la frase o pregunta y el paciente contesta). La variedad de tests existentes es enorme y están ampliamente difundidos. Estos tests psicométricos tienen el gran inconveniente de aportar mucha información que no se traduce en utilidad práctica, además de precisar entrenamiento especial del investigador y de tiempo adicional en las consultas del que no siempre se dispone.

TABLA 1.I

Minusvalía en patología vestibular.

Empleo de escalas y cuestionarios estandarizados en patología vestibular.

Resumen de autores y modelo empleado.

AUTOR	MODELO
HINCHCLIFFE (1967) [18]	MMPI ("Minnesota Multiphasic Personality Inventory")
BRIGHTWELL y ABRAMSON (1975) [19]	EPI ("Eysenck Personality Inventory") CMI ("Cornell Medical Index")
STEPHENS (1975) [16]	CCEI ("Crown Crisp Experiential Index") EPI
CRARY y WEXLER (1977) [20]	MMPI TMAS SSAS
RIGATELLI y cols. (1984) [21]	escala ZUNG SAS MHQ
HALLAM y STEPHENS (1985) [22]	CCEI
FILIPO y cols. (1988) [23]	SYMPTON CHECK LIST ADJECTIVE CHECK LIST STAI ("State-Trait Anxiety Inventory") MMPI
COKER y cols: (1989) [24]	MMPI
GRIM y cols (1989) [25]	WAIS RIQ WESCHLER MEMORY SCALE RAY AUDIO VERBAL LEARNING TRAIL MAKING SCL-90-R ("Symptom Checklist-Revised") MMPI
PARDAL (1990, 1991) [8,26]	CET-DE ("Cuestionario Estructural Tetradsimensional para la Depresión") STAI MMPI
JACOBSON y NEWMAN (1990) [9]	DHI ("Dizziness Handicap Inventory")
McKENNA (1991) [27]	GHQ ("GENERAL HEALT QUESTIONNAIRE")
ALVORD (1991) [28]	STAI
YARDLEY (1992) [29]	VHQ ("VERTIGO HANDICAP QUESTIONNAIRE")
KROENKE (1993) [30]	"Diagnostic Interview Schedule" "Sickness Impact Profile"
SLOANE (1994) [14]	SCL-90-R
PARDAL (1994) [31]	Escala visual analógica (VAS)
MRUZEK (1995) [21]	DHI
PARDAL (1996) [33,34]	CEMPV (Cuestionario para la evaluación de la minusvalía en patología vestibular)

En los últimos años diferentes grupos de investigadores han desarrollado y validado cuestionarios específicos para aplicar en pacientes con enfermedad vestibular y evaluar el impacto que esta produce sobre su autonomía [9, 29, 35, 36], sin embargo dichos modelos están lejos de haberse generalizado ya que en los trabajos suelen emplearse escalas categóricas para hacer valoraciones, por ejemplo de la eficacia de un tratamiento (como es: ausencia de síntomas, mejoría evidente, mejoría leve, o leve, moderado, intenso, etc.) en las que el investigador asigna un grado a una observación. Obviamente cuando el paciente se encuentra asintomático es fácil pero complejo y muy sesgado cuando no lo está. Para orientarnos un poco en los métodos disponibles para medir el impacto que produce la enfermedad vestibular éstos pueden sistematizarse en escalas ordinales, escalas visuales analógicas, escalas y cuestionarios (de personalidad, de síntomas psicopatológicos o psicoafectivos y de sintomatología general) y específicos para la medición del impacto en patología vestibular [10]. En todos los casos hemos de contar con la subjetividad del enfermo y del evaluador consideradas útiles por la asociación americana (AAO-HNS) al considerar que la *incapacidad* no puede medirse de forma objetiva [37]. Más adelante veremos que este concepto de incapacidad no se ajusta al que se define en la literatura especializada (que es el que se seguirá en este trabajo) y que por tanto no es correcto desde nuestro punto de vista.

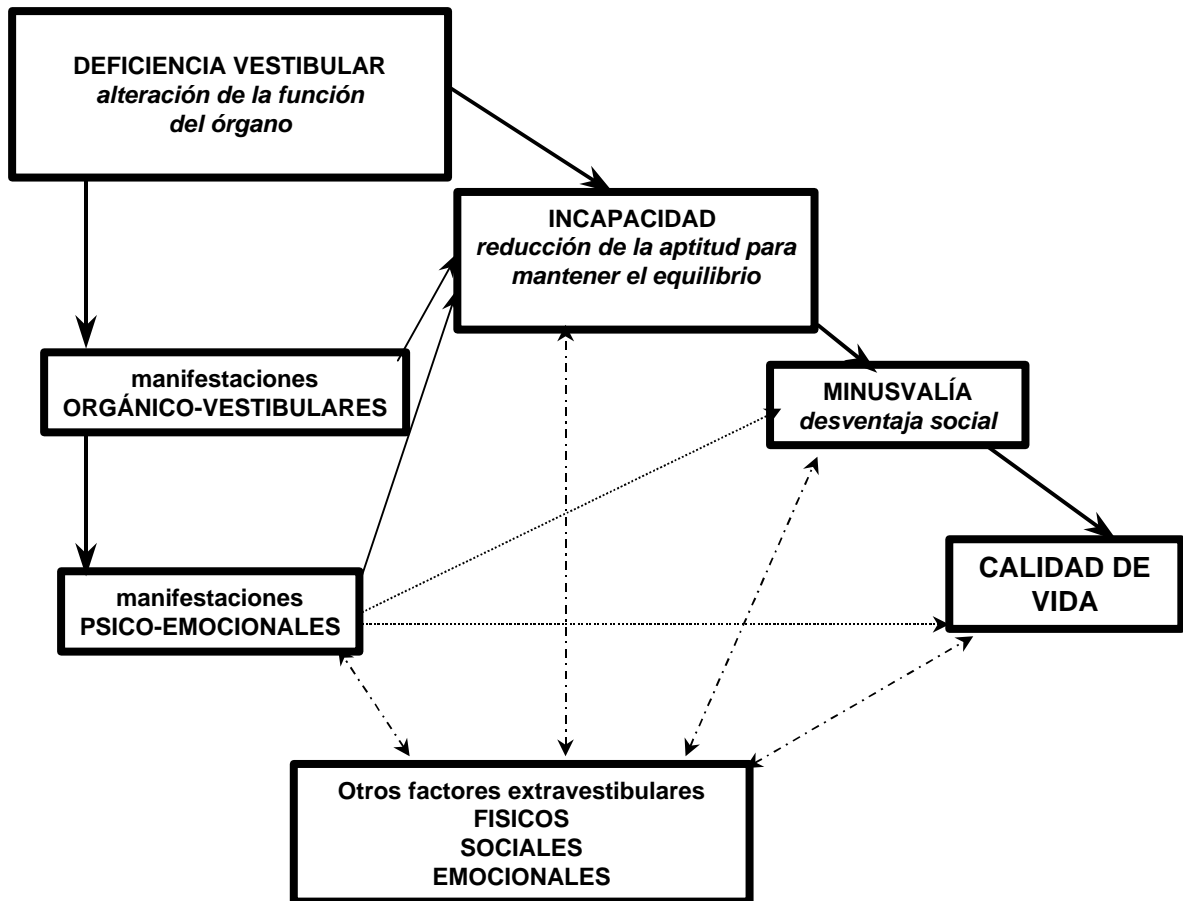
Conviene precisar algunos conceptos [38,39]. La *deficiencia* se refiere a la pérdida o disminución de la función del órgano o sistema enfermo que puede detectarse mediante la exploración física o mediante diversos medios electrofisiológicos. La *incapacidad* corresponde a la reducción parcial o total de la aptitud para realizar una actividad dentro de los límites considerados como normales (se refiere pues, a las consecuencias fisiológicas de la pérdida de la función vestibular manifiesta por la dificultad o imposibilidad para mantener el equilibrio), que puede medirse objetivamente mediante escalas que registren el grado de dificultad para el mantenimiento de la bipedestación observado por el investigador [31,38,39] y por métodos electrofisiológicos como la posturografía [40]. La incapacidad para mantener la bipedestación que podemos observar es la resultante de factores no exclusivamente orgánico-vestibulares como ya hemos manifestado en otros trabajos [31,41]. La autonomía del paciente se ve reducida y se manifiesta

por la posible necesidad de emplear algún tipo de ayuda para matener el equilibrio estático y dinámico (aumentar la base de sustentación, apoyo sobre algún elemento fijo como la pared o el mobiliario, necesidad de ir apoyado sobre otra persona o la necesidad de encamamiento por la absoluta incapacidad como puede ocurrir en una crisis de enfermedad de Ménière intensa). A veces, en pacientes con patología psicoemocional y vestibular puede manifestarse simplemente por la necesidad de ir acompañado por otra persona aunque esta no sirva de soporte real [33].

La *minusvalía* define la desventaja social del individuo enfermo. Este concepto es el que realmente nos interesa en este trabajo. En la FIGURA 1.1 se reflejan los conceptos que hemos referido. La minusvalía es la resultante de múltiples aspectos sobre la que los efectos de la enfermedad vestibular puede estar influyendo. Igual que no tiene porqué haber correlación entre la deficiencia y la incapacidad tampoco tienen obligatoriamente que correlacionarse éstas con la minusvalía (ante pacientes con la misma patología, con idénticos registros electrofisiológicos la minusvalía experimentada por cada uno es diferente [33,42]). Si sobre la incapacidad pueden estar influyendo otros factores [8,41] (psico-emocionales y físicos fundamentalmente -agudeza visual, estado del sistema osteomuscular, etc-), sobre la minusvalía están influyendo preferentemente factores emocionales y sociales y sobre ella se hacen más patentes aquellos mecanismos de "elaboración mental" de los que habla Azoy [1].

La minusvalía es una resultante de factores emocionales, funcionales y físicos [9] no exclusivamente vestibulares que debe ser evaluada sistemáticamente. Este mayor o menor grado de minusvalía percibido por el enfermo influye sobre su calidad de vida. Este parámetro multifactorial ha despertado gran interés en otras patologías (sobre todo oncología y patología cardiovascular) pero muy escaso en patología vestibular (basta observar las pocas publicaciones recogidas en Medline que incluyen el término MeSH "quality of life" aunque éste fue incluido en 1977 [43]); medirlo es complicado y se haría necesaria la construcción de modelos específicos para patología vestibular. Sí es conveniente tener presente que la minusvalía percibida por el enfermo influye sobre su calidad de vida.

FIGURA 1.1- DEFICIENCIA Y CALIDAD DE VIDA



La investigación de la incapacidad y la minusvalía percibida por el paciente vestibular es una línea de trabajo iniciada en 1989. Por entonces incluimos el cuestionario MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory [13]) ya empleado por otros autores en enfermos con patología vestibular [18,44]; aunque empleamos la versión abreviada (Mini-Mult) esta resultaba larga, precisaba especialistas para su interpretación y no aportaba utilidad clínica. Los enfermos además eran evaluados mediante el cuestionario CET-DE (Cuestionario Estructural Tetradiimensional para la Depresión [45,46]) para el diagnóstico de depresión y la escala STAI (State-Trait Anxiety Inventory [15]) para medir los niveles de ansiedad. Tanto el CET-DE como la escala STAI resultaron muy útiles tanto para el diagnóstico como para mejorar las conductas terapéuticas aunque complicaban la evaluación del enfermo al precisar más tiempo de consulta, estudio adicional tras la ejecución de los tests y el asesoramiento por expertos. Para minimizar estos inconvenientes elaboramos un modelo autoadministrado que incluía el STAI, la versión abreviada del CET-DE, algunas preguntas obtenidas del "Dizziness Handicap Inventory" (DHI [9]) traducido al castellano, modificado y adaptado a nuestro medio. Finalmente en 1994 se elaboró un cuestionario en castellano con 46 preguntas distribuidas en tres escalas (emocional, funcional y orgánica) que incluía conceptos y preguntas tomados de los modelos del CET-DE, STAI y DHI así como preguntas propias adaptadas a nuestro medio y tomadas de las quejas que habitualmente referían los pacientes (en conjunto cuestiones que eran manifestadas positivamente por el 20 al 80% de los enfermos, desechando aquéllas que eran contestadas por menos del 20% y por más del 80%). Esta versión final se denomina CEMPV ("Cuestionario para la Evaluación de la Minusvalía en Patología Vestibular") cuyos resultados de aplicación están empezando a ser evaluados [33,34].

El modelo del cuestionario CEMPV se recoge en la TABLA 1.II.

En el cuestionario se incluyen implícitamente los modelos intercíticos ya que en estudios previos quedó demostrada su utilidad y valor predictivo para evaluar la minusvalía y el estado psicoafectivo desde la anamnesis [42]. Estos quedan reflejados en la TABLA 1.III.

TABLA 1.II**Minusvalía en patología vestibular.****Cuestionario para la evaluación de la minusvalía en patología vestibular (CEMPV).**

1	Debido a su problema ¿se siente frustrado o contrariado?	si	no	?
2	Debido a su problema ¿tiene miedo a salir de casa por lo que prefiere que alguien le acompañe?	si	no	?
3	Debido a su problema ¿se siente incómodo en presencia de otras personas?	si	no	?
4	Debido a su problema ¿tiene miedo a que la gente piense que va usted borracho?	si	no	?
5	Debido a su problema ¿es difícil para usted concentrarse, le cuesta retener las cosas o no puede recordarlas?	si	no	?
6	Debido a su problema ¿tiene miedo a permanecer solo en casa?	si	no	?
7	¿Se siente minusvalorado, se siente menos que los demás o inferior a ellos?	si	no	?
8	Debido a su problema ¿se nota tenso con sus familiares o habla menos con ellos?	si	no	?
9	Debido a su problema ¿está deprimido, se siente triste o nota falta de alegría?	si	no	?
10	Debido a su problema ¿lee menos los periódicos, ve menos la televisión o escucha menos la radio?	si	no	?
11	¿Duerme mal, se despierta pronto o tarda en quedarse dormido o tiene pesadillas?	si	no	?
12	¿Se siente nervioso, irritable, desasosegado, tenso o angustiado?	si	no	?
13	¿Se siente agotado o se cansa enseguida?	si	no	?
14	¿Se encuentra peor por las mañanas?	si	no	?
15	Debido a su problema ¿evita los viajes por temor a la recaída?	si	no	?
16	Debido a su problema ¿tiene dificultad para acostarse o levantarse de la cama?	si	no	?
17	Debido a su problema ¿evita participar en actividades sociales? (como salir a cenar, ir al cine, ir a bailar, ir a reuniones o a fiestas)	si	no	?
18	Debido a su problema ¿tiene dificultad para leer?	si	no	?
19	Debido a su problema ¿evita las alturas? (como subirse a escaleras, taburete, andamios, etc.)	si	no	?
20	Debido a su problema ¿es difícil para usted realizar los quehaceres domésticos?	si	no	?
21	¿Su problema se incrementa porque tiene preocupaciones por su familia o trabajo?	si	no	?
22	Fuera de los episodios agudos ¿se encuentra usted mal la mayor parte del tiempo?	si	no	?
23	Debido a su problema ¿es difícil para usted ir de paseo solo?	si	no	?
24	Debido a su problema ¿ha perdido su trabajo?	si	no	?
25	Debido a su problema ¿es difícil para usted caminar por su casa en la oscuridad?	si	no	?
26	Debido a su problema ¿es difícil para usted realizar sus tareas o responsabilidades familiares?	si	no	?
27	¿Piensa que todos están preocupados por lo que tiene?	si	no	?
28	Debido a su problema ¿tiene miedo a caerse en la calle?	si	no	?
29	¿Ha tenido que acudir al Servicio de Urgencias o avisar a su médico urgentemente?	si	no	?
30	Debido a su problema ¿tiene la sensación de estar aturdido?	si	no	?
31	Debido a su problema ¿Ha tenido que irse para casa teniendo que dejar lo que estaba haciendo?	si	no	?
32	¿Nota que su problema se incrementa en presencia de otras personas?	si	no	?
33	¿Piensa que tiene algún tumor que causa sus síntomas?	si	no	?
34	Debido a su problema ¿ha estado hospitalizado en alguna ocasión?	si	no	?
35	¿Su problema se incrementa al mirar hacia arriba?	si	no	?
36	Al pasar por los pasillos del supermercado ¿se incrementa su problema?	si	no	?
37	¿Su problema se incrementa al hacer deporte, bailar o al realizar las actividades domésticas como barrer o poner los platos?	si	no	?
38	Los movimientos rápidos de cabeza ¿incrementan su problema?	si	no	?
39	¿Su problema se incrementa al dar la vuelta en la cama?	si	no	?
40	Durante su problema ¿nota que el ambiente se mueve o que usted se mueve?	si	no	?
41	¿Tiene la sensación de que se va a caer o como si estuviera borracho?	si	no	?
42	¿Su problema se incrementa al encorvarse, inclinarse o agacharse?	si	no	?
43	¿Necesita la ayuda de otra persona para caminar?	si	no	?
44	Durante su problema ¿nota sudoración o náuseas o vómitos?	si	no	?
45	Debido a su problema ¿Se ha caído?	si	no	?
46	¿Su problema se incrementa cuando está de pie?	si	no	?

TABLA 1.III**Minusvalía en patología vestibular.**

Clasificación de las quejas en las intercrisis (modelos intercríticos) y equivalencias en los ítems del CEMPV

MODELO INTERCRÍTICO	ÍTEM - CEMPV
0-el paciente se encuentra asintomático fuera de los episodios agudos	22 (escala funcional)
1-existe desencadenante físico-postural (se desencadena con frecuencia sintomatología cefálica, de cuello, esfuerzos, posturas, etc.)	35, 37, 38, 39, 42, 46 (escala orgánica)
2-sensación de inestabilidad esporádica o permanente fuera de los episodios agudos (en la marcha, sensación de caída, de ebriedad)	41 (escala orgánica)
3-sensación de aturdimiento durante horas o permanentemente fuera de los episodios agudos	30 (escala funcional)
4-irritabilidad fácil, nerviosismo o agitación psicomotora fuera de los episodios agudos	12 (escala emocional)
5-sensación de cansancio, abatimiento fuera de los episodios agudos	13 (escala emocional)

Los estudios sobre la validación del cuestionario en una muestra de 30 individuos con patología del equilibrio de origen vestibular de muy diversa etiología han sido resumidos en un trabajo pendiente de publicación [34] cuyos resultados se resumen en las TABLAS 1.IV y 1.V., siguiendo una metodología que puede consultarse en la bibliografía [47].

Se midió la fiabilidad mediante test-retest a las 48 horas por escalas y por cada contestación (que se expresa mediante el coeficiente κ de concordancia de Cohen). Se evaluó la validez estimando la homogeneidad (consistencia interna expresada mediante el coeficiente α Cronbach) y el poder discriminante de cada escala que se expresa mediante el índice δ de Ferguson.

El índice κ de concordancia es elevado (correlación elevada en las respuestas test-retest). La homogeneidad (índice α) es elevada a excepción de la escala orgánica en la que para poder incrementar poder discriminante fue preciso disminuir su homogeneidad (fue necesario mantener preguntas con baja frecuencia de endose que ayudan a aumentar el poder de discriminación ya que las manifestaciones orgánicas son bastante constantes en todos los enfermos). El poder discriminante (δ Ferguson) del CEMPV es elevado tanto globalmente como en las distintas escalas.

Para incrementar el poder discriminante de cada escala se mantienen preguntas que han obtenido una frecuencia de endose baja (respuestas positivas "sí" y "?" 10-20%); todas las preguntas se hallan en el rango de contestación entre el 10 al 80%. Las frecuencias de endose halladas en la muestra de validación se resumen en la TABLA 1.VI.

TABLA 1.IV

Minusvalía en patología vestibular.

Resultados de los estudios de validación del CEMPV (coeficiente de fiabilidad de Cohen -k de concordancia del test-retest-), homogeneidad de las escalas (consistencia interna mediante coeficiente α de Cronbach) y poder discriminante de las escalas (d de Ferguson).

	fiabilidad	consistencia interna	poder discriminante
	k (Cohen)	α (Cronbach)	d (Ferguson)
Escala emocional (E)	0.59	0.76	0.95
Escala funcional (F)	0.78	0.80	0.91
Escala orgánica (O)	0.61	0.44	0.88
Cuestionario CEMPV	0.71	0.87	0.93

TABLA 1.V

Minusvalía en patología vestibular.
Fiabilidad del CEMPV medido mediante test-retest.

		m		SD		Sm		Pearson
		test	retest	test	retest	test	retest	
Escala emocional (E)	S sí	4,8	5	3,056	3,414	0,558	0,623	0,959
	S no	8.067	7.967	3.129	3.439	0.571	0.628	0.917
	S ?	0.9	0.83	1.32	0.913	0.241	0.167	0.814
	p. global	37.5	38.69	21.669	24.243	3.956	4.426	0.943
Escala funcional (F)	S sí	5.767	6	3.866	4.127	0.706	0.754	0.973
	S no	12.7	12.567	4.276	4.289	0.781	0.783	0.950
	S ?	1.23	1.167	1.478	1.234	0.270	0.225	0.885
	p. global	31.917	32.917	19.583	20.364	3.575	3.718	0.960
Escala orgánica (O)	S sí	5.267	5.467	2.149	2.403	0.392	0.439	0.910
	S no	5.9	5.667	2.354	2.564	0.430	0.468	0.874
	S ?	0.83	0.867	1.085	0.730	0.198	0.133	0.493
	p. global	47.36	49.166	18.227	20.482	3.328	3.740	0.909
cuestionario	S sí	15.83	16.467	7.552	8.601	1.379	1.570	0.941
	S no	26.667	26.2	8.281	9.045	1.512	1.651	0.917
	S ?	2.967	2.867	3.337	2.129	0.609	0.389	0.878
	p. global	37.645	38.913	16.692	18.840	3.047	3.44	0.931

(m: media; SD: desviación estándar de la media; Sm: error estándar de la media; la puntuación global se expresa en porcentaje; el resto se refiere al sumatorio de respuestas)

TABLA 1.VI

Minusvalía en patología vestibular.

Frecuencia de endose de los ítems en la versión final medida en la muestra de validación.

ítem	contestaciones (pacientes)				Sp
	sí	?	sí + ?	no	
1	16 (53.3%)	2 (6.7%)	18 (60%)	12 (40%)	0.089
2	12 (40%)	0	12 (40%)	18 (60%)	0.089
3	9 (30%)	0	9 (30%)	21 (70%)	0.084
4	5 (16.7%)	2 (6.7%)	7 (23.3%)	23 (76.7%)	0.077
5	14 (46.7%)	1 (3.3%)	15 (50%)	15 (50%)	0.091
6	6 (20%)	2 (6.7%)	8 (26.7%)	22 (73.3%)	0.081
7	6 (20%)	2 (6.7%)	8 (26.7%)	22 (73.3%)	0.081
8	7 (23.3%)	3 (10%)	10 (33.3%)	20 (66.7%)	0.086
9	16 (53.3%)	5 (16.7%)	21 (70%)	9 (30%)	0.084
10	5 (16.7%)	1 (3.3%)	6 (20%)	24 (80%)	0.073
11	15 (50%)	2 (6.7%)	17 (56.7%)	13 (43.3%)	0.09
12	17 (56.7%)	2 (6.7%)	19 (63.3%)	11 (36.7%)	0.087
13	10 (33.3%)	2 (6.7%)	12 (40%)	18 (60%)	0.089
14	6 (20%)	4 (13.3%)	10 (33.3%)	20 (66.7%)	0.086
15	10 (33.3%)	0	10 (33.3%)	20 (66.7%)	0.086
16	5 (16.7%)	0	5 (16.7%)	25 (83.3%)	0.068
17	11 (36.7%)	3 (10%)	14 (46.7%)	16 (53.3%)	0.091
18	7 (23.3%)	2 (6.7%)	9 (30%)	21 (70%)	0.084
19	18 (60%)	1 (3.3%)	19 (63.3%)	11 (36.7%)	0.088
20	4 (13.3%)	1 (3.3%)	5 (16.7%)	25 (83.3%)	0.068
21	9 (30%)	2 (6.7%)	11 (36.7%)	19 (63.3%)	0.087
22	6 (20%)	2 (6.7%)	8 (26.7%)	22 (73.3%)	0.081
23	9 (30%)	0	9 (30%)	21 (70%)	0.084
24	1 (3.3%)	2 (6.7%)	3 (10%)	27 (90%)	0.055
25	8 (26.7%)	3 (10%)	11 (36.7%)	19 (63.3%)	0.087
26	4 (13.3%)	2 (6.7%)	6 (20%)	24 (80%)	0.073
27	12 (40%)	2 (6.7%)	14 (46.7%)	16 (53.3%)	0.091
28	9 (30%)	2 (6.7%)	11 (36.7%)	19 (63.3%)	0.087
29	15 (50%)	0	15 (50%)	15 (50%)	0.091
30	11 (36.7%)	6 (20%)	17 (56.7%)	13 (43.3%)	0.09
31	9 (30%)	2 (6.7%)	11 (36.7%)	19 (63.3%)	0.087
32	6 (20%)	0	6 (20%)	24 (80%)	0.073
33	3 (10%)	2 (6.7%)	5 (16.7%)	23 (76.7%)	0.077
34	12 (40%)	1 (3.3%)	13 (43.3%)	17 (56.7%)	0.09
35	12 (40%)	3 (10%)	15 (50%)	15 (50%)	0.091
36	9 (30%)	2 (6.7%)	11 (36.7%)	19 (63.3%)	0.087
37	8 (26.7%)	0	8 (26.7%)	22 (73.3%)	0.081
38	20 (66.7%)	2 (6.7%)	22 (73.3%)	8 (26.7%)	0.081
39	12 (40%)	4 (13.3%)	16 (53.3%)	14 (46.7%)	0.091
40	20 (66.7%)	2 (6.7%)	22 (73.3%)	8 (26.7%)	0.081
41	22 (73.3%)	1 (3.3%)	23 (76.7%)	7 (23.3%)	0.077
42	17 (56.7%)	2 (6.7%)	19 (63.3%)	11 (36.7%)	0.087
43	3 (10%)	1 (3.3%)	4 (13.3%)	26 (86.7%)	0.062
44	16 (53.3%)	2 (6.7%)	18 (60%)	12 (40%)	0.089
45	6 (20%)	2 (6.7%)	8 (26.7%)	22 (73.3%)	0.081
46	14 (46.7%)	2 (6.7%)	16 (53.3%)	14 (46.7%)	0.091

(Sp: error estándar del porcentaje; m: media de las puntuaciones obtenidas en cada pregunta; Sm: error estándar de la media; SDm: desviación estándar de la media)

El cuestionario CEMPV permite un registro simplificado y cuantificable de las quejas emocionales, funcionales y orgánicas del enfermo con patología vestibular. Consta de 46 preguntas distribuidas en tres escalas (emocional, funcional 20 preguntas y orgánica 12 preguntas). El paciente contesta marcando una respuesta entre tres posibles ("sí", "no" o "?").

A las respuestas "sí" se les otorga un punto, a las "?" 0.5 puntos y a las respuesta "no" 0 puntos. Se obtiene una puntuación directa (por escalas y total al sumar los puntos). Para expresar los resultados de forma más manejable las puntuaciones se expresan en porcentaje (puntuaciones proporcionales) tanto global (división de la puntuación directa entre 46 y multiplicación por 100) como por escalas (multiplicando por 100 los cocientes obtenidos al dividir la puntuación directa de cada escala entre la puntuación máxima de cada escala -14 en escala emocional, 20 en escala funcional y 12 en escala orgánica-). Las operaciones se hacen automáticamente al introducir las respuestas en una hoja de cálculo.

Conviene antes de entrar en el apartado de material y método revisar cada escala independientemente para analizar qué aspectos mide.

- **Escala emocional (MANIFESTACIONES EMOCIONALES, minusvalía emocional; preguntas 1 a 14):** Son preguntas respecto a síntomas de ansiedad o depresión.

TABLA 1.VII

**Minusvalía en patología vestibular.
CEMPV. Preguntas de la escala emocional (minusvalía emocional, escala E).**

1	Debido a su problema ¿se siente frustrado o contrariado?
2	Debido a su problema ¿tiene miedo a salir de casa por lo que prefiere que alguien le acompañe?
3	Debido a su problema ¿se siente incómodo en presencia de otras personas?
4	Debido a su problema ¿tiene miedo a que la gente piense que va usted borracho?
5	Debido a su problema ¿es difícil para usted concentrarse, le cuesta retener las cosas o no puede recordarlas?
6	Debido a su problema ¿tiene miedo a permanecer solo en casa?
7	¿Se siente minusvalorado, se siente menos que los demás o inferior a ellos?
8	Debido a su problema ¿se nota tenso con sus familiares o habla menos con ellos?
9	Debido a su problema ¿está deprimido, se siente triste o nota falta de alegría?
10	Debido a su problema ¿lee menos los periódicos, ve menos la televisión o escucha menos la radio?
11	¿Duerme mal, se despierta pronto o tarda en quedarse dormido o tiene pesadillas?
12	¿Se siente nervioso, irritable, desasosegado, tenso o angustiado?
13	¿Se siente agotado o se cansa enseguida?
14	¿Se encuentra peor por las mañanas?

- **Escala funcional (MANIFESTACIONES FUNCIONALES, minusvalía funcional; preguntas 15 a 34):** Estas preguntas se refieren a las limitaciones para realizar las actividades cotidianas que a juicio del enfermo están relacionadas con la enfermedad vestibular. Unas preguntas hacen referencia a posibles *desencadenantes psíquicos* de los síntomas (preguntas 21 y 32); otras a *conductas de evitación* (el paciente evita situaciones que desencadenan sus síntomas o evita realizar actividades por temor a que la sintomatología aparezca aunque no sean directamente desencadenantes -preguntas 15, 17 y 19-). Otras se refieren a la *dificultad para realizar funciones* que le limita física o psíquicamente (preguntas 16, 25, 28). Otras hacen referencia a las *repercusiones sociales y laborales* (pérdida de trabajo -pregunta 24-, abandono de tareas -pregunta 31- o precisar asistencia sanitaria urgente u hospitalización -preguntas 29 y 34-). Otras preguntas se refieren al estado en el que habitualmente se encuentra (preocupaciones -21, 33, 26-, aturdimiento -22, 30-).

TABLA 1.VIII

Minusvalía en patología vestibular.

CEMPV. Preguntas de la escala funcional (minusvalía funcional, escala F).

15	Debido a su problema ¿evita los viajes por temor a la recaída?
16	Debido a su problema ¿tiene dificultad para acostarse o levantarse de la cama?
17	Debido a su problema ¿evita participar en actividades sociales? (como salir a cenar, ir al cine, ir a bailar, ir a reuniones o a fiestas)
18	Debido a su problema ¿tiene dificultad para leer?
19	Debido a su problema ¿evita las alturas? (como subirse a escaleras, taburete, andamios, etc.)
20	Debido a su problema ¿es difícil para usted realizar los quehaceres domésticos?
21	¿Su problema se incrementa porque tiene preocupaciones por su familia o trabajo?
22	Fuera de los episodios agudos ¿se encuentra usted mal la mayor parte del tiempo?
23	Debido a su problema ¿es difícil para usted ir de paseo solo?
24	Debido a su problema ¿ha perdido su trabajo?
25	Debido a su problema ¿es difícil para usted caminar por su casa en la oscuridad?
26	Debido a su problema ¿es difícil para usted realizar sus tareas o responsabilidades familiares?
27	¿Piensa que todos están preocupados por lo que tiene?
28	Debido a su problema ¿tiene miedo a caerse en la calle?
29	¿Ha tenido que acudir al Servicio de Urgencias o avisar a su médico urgentemente?
30	Debido a su problema ¿tiene la sensación de estar aturdido?
31	Debido a su problema ¿Ha tenido que irse para casa teniendo que dejar lo que estaba haciendo?
32	¿Nota que su problema se incrementa en presencia de otras personas?
33	¿Piensa que tiene algún tumor que causa sus síntomas?
34	Debido a su problema ¿ha estado hospitalizado en alguna ocasión?

- **Escala orgánica (MANIFESTACIONES ORGÁNICAS minusvalía orgánica; preguntas 35 a 46):** Las preguntas hacen referencia a los síntomas que pueden agruparse en el concepto de vértigo (preguntas 40 y 41), mareo (pregunta 44) o desequilibrio (pregunta 43) así como a desencadenantes físicos de los síntomas (preguntas 35, 36, 37, 38, 39, 42, 45 y 46).

TABLA 1.IX

**Minusvalía en patología vestibular
CEMPV. Preguntas de la escala orgánica (minusvalía orgánica, escala O).**

35	¿Su problema se incrementa al mirar hacia arriba?
36	Al pasar por los pasillos del supermercado ¿se incrementa su problema?
37	¿Su problema se incrementa al hacer deporte, bailar o al realizar las actividades domésticas como barrer o poner los platos?
38	Los movimientos rápidos de cabeza ¿incrementan su problema?
39	¿Su problema se incrementa al dar la vuelta en la cama?
40	Durante su problema ¿nota que el ambiente se mueve o que usted se mueve?
41	¿Tiene la sensación de que se va a caer o como si estuviera borracho?
42	¿Su problema se incrementa al encorvarse, inclinarse o agacharse?
43	¿Necesita la ayuda de otra persona para caminar?
44	Durante su problema ¿nota sudoración o náuseas o vómitos?
45	Debido a su problema ¿Se ha caído?
46	¿Su problema se incrementa cuando está de pie?

Una vez elaborado y validado el cuestionario se hace necesario comprobar su capacidad para medir lo que queremos, es decir, si es posible diferenciar con él grupos clínicos con diferente minusvalía y si así fuese establecer los intervalos de puntuaciones que nos permitan orientarnos en el grado de minusvalía que el enfermo tiene.

Para demostrarlo se ensaya el cuestionario con patologías de etiología diferente y de curso clínico totalmente diferente. Es obvio que si el cuestionario no es capaz de diferenciar dichos grupos no tendría sentido su utilización puesto que *a priori* la anamnesis orienta de modo general sobre el grado de afectación global.

Por ello, en este trabajo se evalúa una muestra seleccionada de pacientes respecto a la edad, patología vestibular diagnosticada y tiempo de evolución puesto que se ha demostrado, en estudios anteriores, que el grado de afectación global medido mediante escala ordinal guarda relación con estas variables [8,41].

OBJETIVOS

- 1-EVALUAR LA CAPACIDAD DE DISCRIMINACIÓN DE LA MINUSVALÍA MEDIANTE EL CUESTIONARIO CEMPV EN GRUPOS DE PACIENTES HOMOGÉNEOS CON PATOLOGÍAS VESTIBULARES DE DIFERENTE ETIOLOGÍA Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN.
- 2-ESTABLECER GRADOS DE MINUSVALÍA EN FUNCIÓN DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS QUE PERMITAN AYUDAR A INTERPRETAR LOS RESULTADOS EN LA PRÁCTICA.
- 3-ESTABLECER LOS PERFILES DE MINUSVALÍA DE CADA ESCALA DEL CUESTIONARIO CEMPV PARA CADA GRUPO.

2-MATERIAL y MÉTODO

La muestra incluida en el estudio está formada por 60 pacientes atendidos en régimen ambulatorio entre el 1 de mayo de 1994 y el 1 de mayo de 1996, con patología vestibular periférica unilateral de diferente tiempo de evolución (vértigo posicional paroxístico o enfermedad de Ménière -hídrops cócleovestibular-) distribuidos en cuatro grupos, con idéntico número de individuos (15 por grupo), en función del tiempo de evolución de la sintomatología en el momento de realizar el CEMPV (tiempo transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas). Los criterios diagnósticos están bien definidos en la literatura [48].

La edad media está en 44.35 años (rango entre 16 y 71 años).

Los criterios de inclusión y de exclusión en el estudio se resumen en la TABLA 2.II.

Los datos referentes a la muestra pueden consultarse en la TABLA 3.I.

El grupo «A» («VPP-A») está formado por 15 enfermos con vértigo posicional paroxístico benigno idiopático con tiempo de evolución desde la aparición de los primeros síntomas de igual o menos de 6 semanas, sin otras patologías asociadas y sin hipoacusia ni acúfenos. El grupo «C» («VPP-C») lo forman 15 pacientes con vértigo de claro desencadenante posicional con un tiempo de evolución de presentación de los síntomas de dos años o más en el momento de la primera consulta (igualmente sin hipoacusia ni acúfenos). Sólo se incluyen pacientes con respuesta calórica bitermal dentro de los límites considerados normales a excepción de cuatro enfermos del grupo C con diagnóstico de síndrome de la arteria vestibular anterior. El grupo «B» («EM-B») lo constituyen 15 pacientes con enfermedad de Ménière cócleo-vestibular unilateral, con tiempo de evolución menor o igual a 6 semanas desde la presentación de los primeros síntomas en el momento de contestar el cuestionario, sin otras patologías asociadas. El grupo «D» («EM-D») está formado por pacientes con diagnóstico de enfermedad de Ménière unilateral de dos años o más de evolución.

Los criterios de inclusión han sido exigentes con el fin de conseguir grupos homogéneos en relación al número de individuos, a la edad y suficientemente diferenciados respecto al tiempo de evolución, a la entidad clínica, frecuencia de presentación de los síntomas, duración, intensidad, síntomas acompañantes, situaciones desencadenantes, etc. Sólo se incluyen

pacientes con enfermedad unilateral. Se excluyen pacientes con patología de oído medio (infecciosa, otosclerosis) o con patologías sistémicas que pudieran interferir en los resultados (hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia renal).

TABLA 2.I**Minusvalía en patología vestibular
Modelo de anamnesis semiestructurada [49].**

<p>EJE I- SINTOMATOLOGÍA</p> <p>IA-SENSACIÓN REFERIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> -Descripción de la sensación -Fecha de primeros síntomas / tiempo de evolución -Desencadenantes físicos (postural / posicional / esfuerzos) -Duración media de los síntomas -Síntomas cocleares durante las crisis (hipoacusia / acúfenos) -Síntomas neurológicos durante las crisis (motores / sensitivos / pérdida de conciencia / convulsiones / cuadro confusional-delirio) <p>IB-PATRÓN EVOLUTIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> -bien establecido (UNICO / ITERATIVO / CRÓNICO / POSICIONAL) -mal establecido (INCLASIFICABLE) <p>IC-SINTOMATOLOGÍA PREEXISTENTE (VESTIBULAR / COCLEAR / NEUROLÓGICA)</p> <p>ID-ANÁLISIS DE LOS PERIODOS INTERCRÍTICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Intervalo asintomático máximo -Frecuencia con que se presentan los síntomas -Modelo intercrítico - Síntomas en las intercrisis <p>IE-VALORACIÓN PSICOSOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> -Incapacidad global (subjettiva / objetiva): escala visual analógica -Minusvalía (emocional - funcional - orgánica): CEMPV
EJE II- PATOLOGÍAS ASOCIADAS / FARMACOS - ANTECEDENTES FAMILIARES
EJE III- EXPLORACIÓN O.R.L., VESTIBULAR BÁSICA y NEUROLÓGICA
EJE IV- DATOS ELECTROFISIOLÓGICOS y OTRAS APORTACIONES COMPLEMENTARIAS
EJE V- COMPENSACIÓN y RESPUESTA TERAPÉUTICA
<p>JUICIO CLÍNICO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1-Neurootológico 2-O.R.L. 3-Neurológico 4-General-sistémico 5-Psicopatológico

A todos los pacientes se les realizó anamnesis semiestructurada según el modelo resumido en la TABLA 2.I y se evaluó la minusvalía subjetiva mediante el cuestionario CEMPV (ver TABLA 1.II).

El estudio se refiere a las mediciones realizadas en la primera consulta.

El cuestionario CEMPV es autoadministrado sin límite de tiempo explicando previamente al paciente que existen tres posibles respuestas, que siempre ha de relacionarlas con "su problema" del equilibrio (conjunto de síntomas motivo de consulta) y que ha de intentar no abusar de la respuesta "?" (aplicable a cuando crea que la respuesta al ítem es "a veces" o "algunas veces"). Como ya se señaló en la introducción, las respuestas "sí" se puntúan con un punto, las "?" con 0.5 puntos y a las respuestas "no" se les otorga 0 puntos obteniéndose *puntuaciones directas* y *puntuaciones proporcionales* (ambas globales para el cuestionario e individuales para cada escala).

Se realiza estudio estadístico descriptivo de las puntuaciones obtenidas del CEMPV (medidas de centralización para cada grupo y perfiles de las diferentes escalas) y estudio analítico (establecimiento de grados de minusvalía para cada escala y global para el cuestionario, estudio de la relación entre los grados de minusvalía definidos para cada escala y los grupos clínicos aplicando el test de χ^2 y test de Student para comparar las puntuaciones de los grupos clínicos).

TABLA 2.II

Minusvalía en patología vestibular.

Muestras estudiadas. Criterios de inclusión y de exclusión en el estudio.

	<i>entidad clínica</i>	<i>tiempo de evolución desde la aparición de los primeros síntomas hasta la realización del CEMPV</i>	<i>criterios de inclusión</i>	<i>criterios de exclusión</i>
total n: 60	-Vértigo posicional paroxístico -Enfermedad de Ménière	rango: 48 horas a 5 años	-consulta de ambulatorio ORL -patología unilateral	-patologías inflamatorias e infecciosas de oído medio -intervenciones quirúrgicas sobre oído medio o interno -patologías neurológicas -patologías sistémicas (metabólicas, renales, cardiovasculares) -procedentes del Sº de Urgencias -una o más preguntas no contestadas en el CEMPV
GRUPO A (VPP-A) n: 15	Vértigo posicional paroxístico benigno (VPP)	igual o menor a 6 semanas (rango: 48 horas a 6 semanas)	-etiología idiopática -demostración de nistagmo posicional de carácter periférico -síndrome de arteria vestibular anterior (s.a.v.a.)	-hipoacusia con umbrales tonales por encima de 15 dBHL -hipovalencia canalicular o arreflexia (a excepción de s.a.v.a.) -acúfenos
GRUPO B (EM-B) n: 15	Enfermedad de Ménière (EM)		-afectación cócleo-vestibular -hipoacusia fluctuante con test glicerol positivo -hipovalencia unilateral o arreflexia canalicular en test calórico bitermal	
GRUPO C (VPP-C) n: 15	Vértigo posicional paroxístico benigno (VPP)	igual o mayor a 2 años	-vértigo recurrente de claro desencadenante posicional aunque no hubiera sido posible demostrar nistagmo -pacientes atendidos con antecedente demostrado 2 años antes de VPPB con sintomatología activa -síndrome de la arteria vestibular anterior (s.a.v.a.)	-hipoacusia con umbrales tonales por encima de 15 dBHL -hipovalencia canalicular o arreflexia (a excepción de s.a.v.a.) -pacientes en los que se hubiera establecido etiología (hipotensión, cardiopatía, lesiones intracraneales)
GRUPO D (EM-D) n: 15	Enfermedad de Ménière (EM)	(rango: 2 años a 5 años)	-idem grupo B -crisis recurrentes - paroxísticas compatibles con EM	

3-RESULTADOS

1-Datos generales de la muestra

Los cuatro grupos de pacientes son homogéneos respecto a la edad (no hay diferencia estadísticamente significativa).

En la TABLA 3.I se exponen las medias de las puntuaciones proporcionales obtenidas en el CEMPV por grupos y por escala (por grupos y respecto a toda la muestra).

2-Comparación de las puntuaciones obtenidas en el CEMPV

En la TABLA 3.II se recogen los resultados obtenidos de la comparación de las puntuaciones entre los grupos (t de Student). Las gráficas de las FIGURAS 3.1 y 3.2 orientan visualmente sobre los resultados.

2.1-Comparación de puntuaciones entre pacientes con tiempo de evolución menor o igual a 6 semanas (grupos VPP-A y EM-B)

La puntuación global obtenida en pacientes con enfermedad de Ménière es significativamente superior a la obtenida en el grupo de enfermos con vértigo posicional. Por escalas en todas se mantiene diferencia significativa. La minusvalía emocional y funcional es superior en la enfermedad de Ménière, pero las puntuaciones de la escala orgánica son superiores en el vértigo posicional paroxístico.

2.2-Comparación de puntuaciones entre pacientes con tiempo de evolución igual o superior a 2 años (grupos VPP-C y EM-D)

Las puntuaciones en las escalas emocional y funcional son significativamente superiores en los pacientes con vértigo posicional paroxístico. Las puntuaciones obtenidas en la escala orgánica no guardan diferencias significativas.

2.3-Comparación de puntuaciones entre pacientes con vértigo posicional paroxístico (grupos VPP-A y VPP-C)

Las puntuaciones en los pacientes con vértigo posicional paroxístico de menos de 6 semanas de evolución son significativamente inferiores a excepción de la minusvalía orgánica (aunque las puntuaciones son ligeramente superiores en los pacientes con más de dos años de evolución, la diferencia no tiene significación estadística).

2.4-Comparación de puntuaciones entre pacientes con enfermedad de Ménière (grupos EM-B y EM-D)

La minusvalía global (puntuación global del CEMPV) no guarda diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Entre los pacientes con más de dos años de evolución las escalas emocional y orgánica registran puntuaciones significativamente más bajas que entre pacientes con menos de seis meses.

Las puntuaciones son significativamente más altas en la escala funcional.

2.5-Perfiles

Los perfiles gráficos de las puntuaciones medias del CEMPV por escalas y por grupos se recogen en las TABLAS 3.III a 3.IX.

Los perfiles de las patologías de más de dos años de evolución son más homogéneos entre sí que los obtenidos entre los pacientes de menos de seis semanas de evolución (FIGURAS 3.3, 3.4 y 3.5).

TABLA 3.I

Minusvalía en patología vestibular.

Datos de la muestra.

Medias de las puntuaciones obtenidas en las escalas del CEMPV.

		tiempo de evolución ± 6 semanas		tiempo de evolución ± 2 años		total muestra
		VPP grupo A	EM grupo B	VPP grupo C	EM grupo D	
n:		15	15	15	15	60
sexo	varones	4 (26.7%)	8 (53.3%)	8 (53.3%)	3 (20%)	23 (38.33%)
	mujeres	11 (73.3%)	7 (46.7%)	7 (46.7%)	12 (80%)	37 (61.67%)
edad*		44.87 ± 2.89	47.2 ± 1.6	40.2 ± 4.22	45.13 ± 3.39	44.35 ± 1.5
	rango	30-71	34-55	16-60	23-60	16-71
Puntuación CEMPV**						
-Escala	Emocional*	6.43 ± 1.11	50.48 ± 5.26	42.38 ± 2.56	33.33 ± 2.53	33.15 ± 2.67
	rango	0 - 14.29	14.29 - 78.57	21.43 - 50	21.43 - 53.57	0 - 78.57
	moda	7.14	28.57	50	35.71	35.71
-Escala	Funcional*	13.33 ± 3.2	35.5 ± 3.93	61 ± 1.63	47.83 ± 3.55	39.42 ± 2.77
	rango	2.5 - 42.5	10 - 62.5	50 - 70	30 - 75	2.5 - 75
	moda	7.5	20	60	52.5	60
-Escala	Orgánica*	50.83 ± 2.85	30.56 ± 2.69	62.78 ± 4.59	64.72 ± 6.11	52.22 ± 2.74
	rango	33.33 - 75	16.67 - 58.33	41.67 - 83.3	25 - 91.67	16.67 - 91.67
	moda	50	33.33	83.33	70.83	33.33
-Minusvalía	Global*	21.01 ± 2.08	38.77 ± 2.94	55.79 ± 1.49	47.83 ± 2.44	40.85 ± 2.02
	rango	13.04 - 41.3	17.39 - 56.52	47.83 -	28.26 - 61.96	13.04 - 63.04
	moda	20.65	30.43	63.04	42.39	56.52

*Las medias se expresan con su error estándar.

**Media de las puntuaciones para cada escala

FIGURA 3.1

Minusvalía en patología vestibular. Representación gráfica de las medias de las puntuaciones obtenidas en las tres escalas del CEMPV en las cuatro muestras estudiadas.

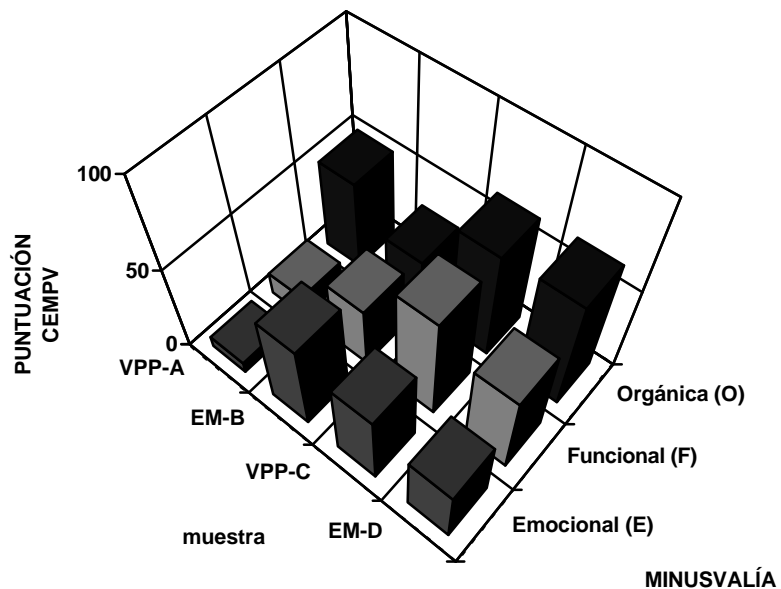


FIGURA 3.2

Minusvalía en patología vestibular. Minusvalía global en las muestras estudiadas (medias de las puntuaciones globales del CEMPV)

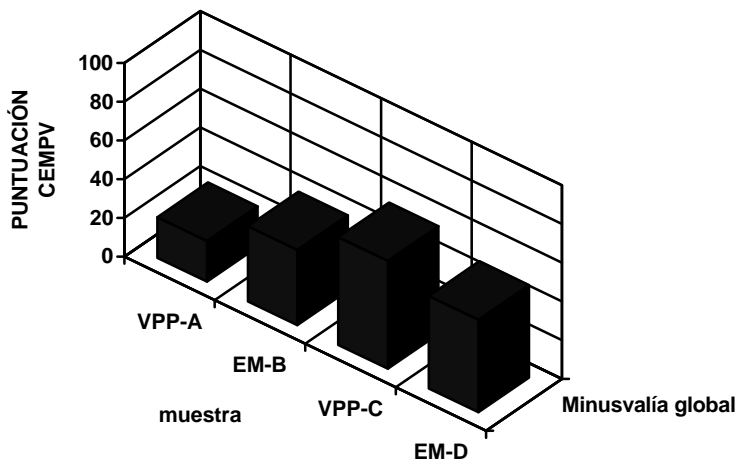


TABLA 3.II

Minusvalía en patología vestibular.

Comparación de las puntuaciones del CEMPV obtenidas en las muestras (t de Student).

ESCALA	media	V.P.P. ≤ 6 s				E.M. ≤ 6 s.				E.M. ≥ 2 a			
		E	F	O	global	E	F	O	global	E	F	O	global
V.P.P. ≤ 6 semanas		6.43	13.33	50.83	21.01	50.48	35.5	30.56	38.77	33.33	47.83	64.72	47.83
E. emocional (E)	6.43					8.34 s.							
E. funcional (F)	13.33						4.10 s.						
E. orgánica (O)	50.83							5.58 s.					
Minusvalía global	21.01								4.7 s.				
V.P.P. ≥ 2 años		42.38				1.33 n.s.				2.74 s.			
E. emocional (E)	42.38	18.69 s.											
E. funcional (F)	61		14.79 s.				2.14 s.				3.55 s.		
E. orgánica (O)	62.78			1.76 n.s.				4.83 s.				0.31 n.s.	
Minusvalía global	55.79				12.82 s.				2.09 n.s.				3.34 s.
E.M. ≥ 2 años		33.33				2.69 s.							
E. emocional (E)	33.33	9.98 s											
E. funcional (F)	47.83		7.39 s.				2.14 s.						
E. orgánica (O)	64.72			1.9 n.s.				4.83 s.					
Minusvalía global	47.83				7.02 s.				2.09 n.s.				

Test de Student. $\nu = 14$; Intervalo de confianza del 95%.

Significación estadística: "s" resultado con diferencia estadísticamente significativa; "n.s.": diferencia no significativa

FIGURA 3.3

Minusvalía en patología vestibular. Perfil gráfico de las medias de las puntuaciones del CEMPV por escala en las muestras estudiadas.

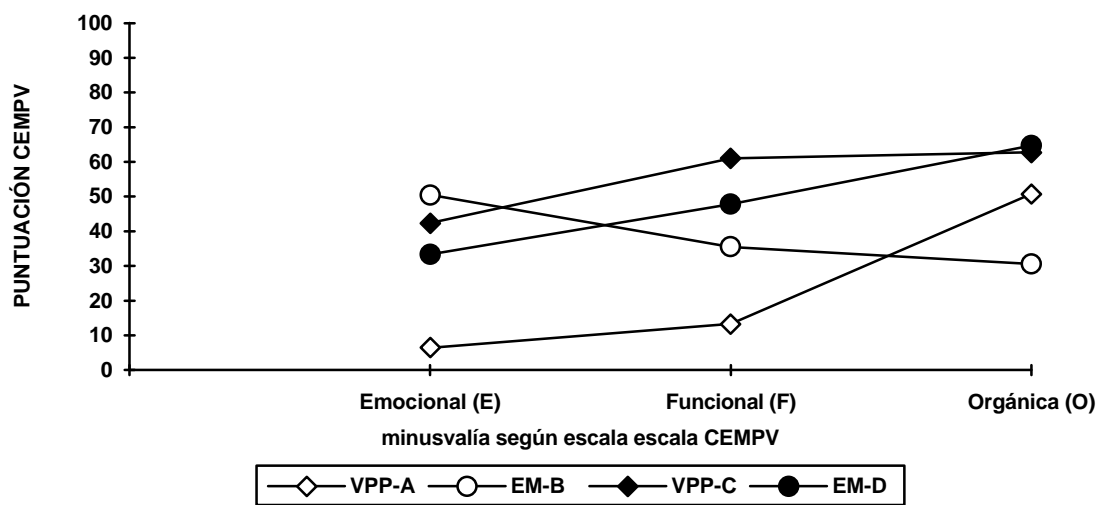


FIGURA 3.4

Minusvalía en patología vestibular. Perfil gráfico de las medias de las puntuaciones del CEMPV en los pacientes con tiempo de evolución igual o menor a 6 semanas

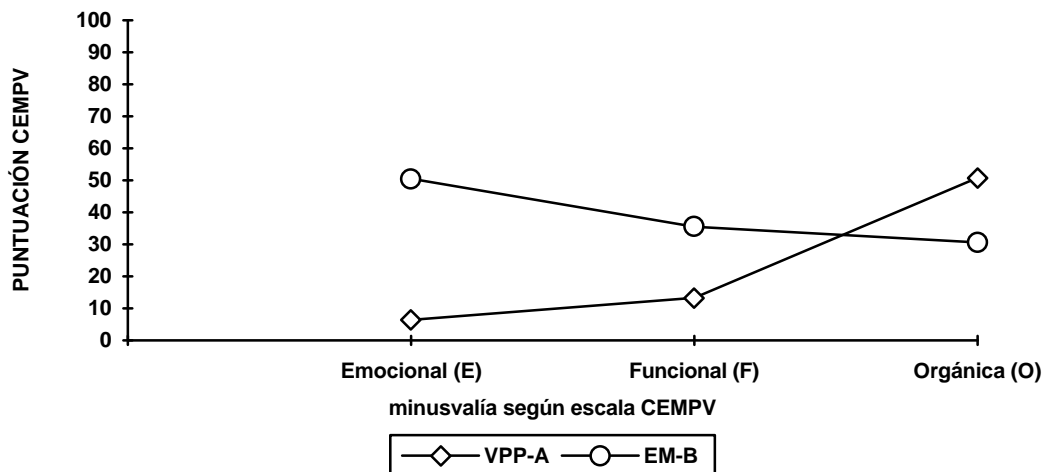


FIGURA 3.5

Minusvalía en patología vestibular. Perfil gráfico de las medias de las puntuaciones del CEMPV en pacientes con tiempo de evolución igual o superior a 2 años

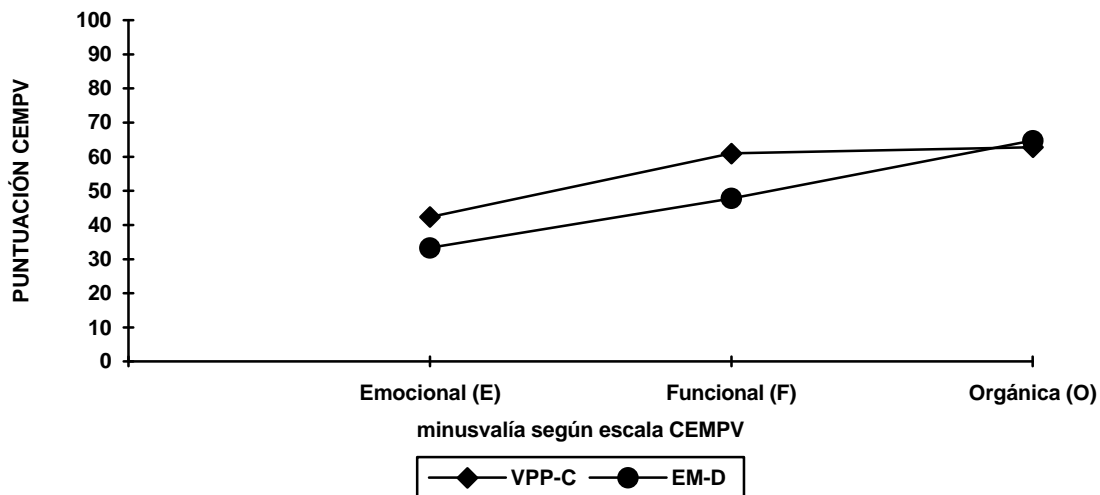


FIGURA 3.6

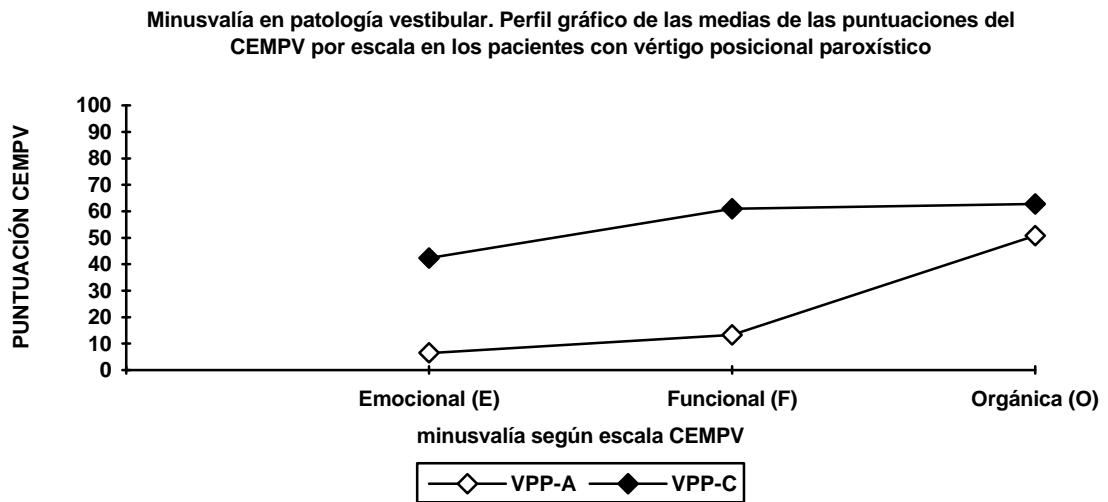


FIGURA 3.7

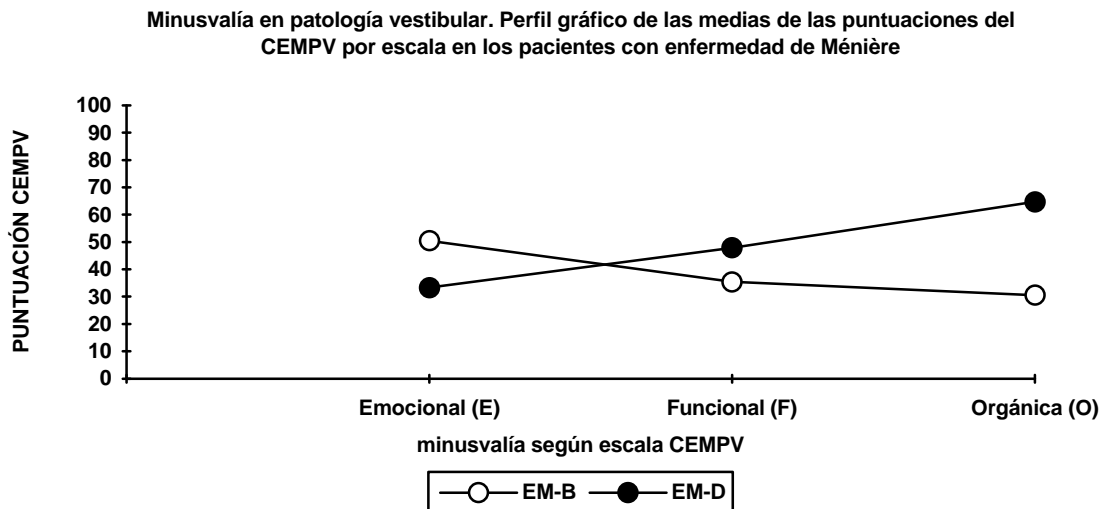


FIGURA 3.8

Minusvalía en patología vestibular. Medias de las puntuaciones obtenidas del CEMPV en cada escala en las dos muestras de pacientes con vértigo posicional paroxístico de diferente tiempo de evolución.

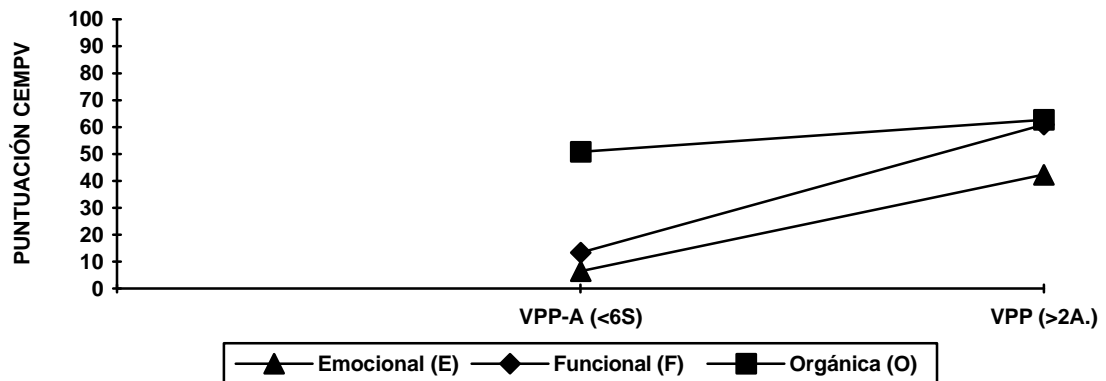
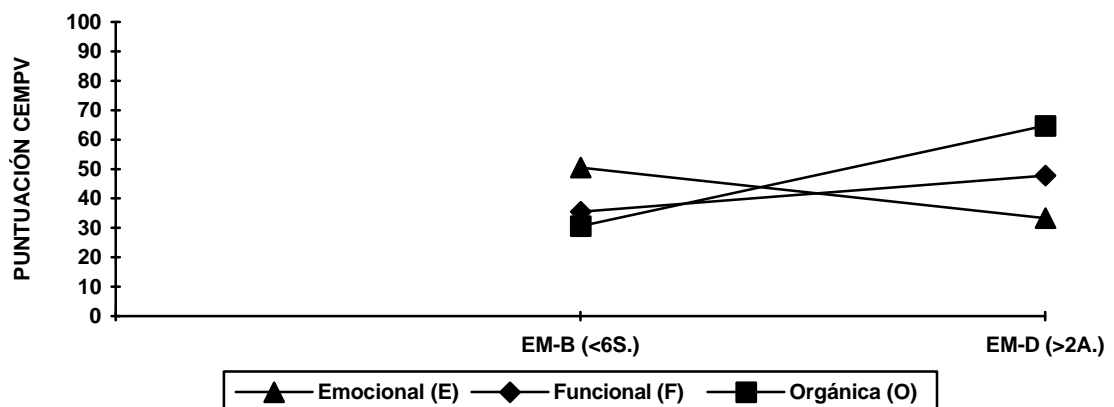


FIGURA 3.9

Minusvalía en patología vestibular. Medias de las puntuaciones obtenidas en el CEMPV por escala en los pacientes con Enfermedad de Ménière de diferente tiempo de evolución



3-Establecimiento de grados de minusvalía

En la TABLA 3.III se exponen las puntuaciones proporcionales y directas del CEMPV y los grados de minusvalía a los que corresponden (en numeración romana del I al IV). Los intervalos se han obtenido al calcular los cuartiles en los que pueden agruparse las puntuaciones de toda la muestra (n:60).

La distribución del número de pacientes por grado de minusvalía y escalas (minusvalía emocional, funcional y orgánica) es homogénea como se observa en la TABLA 3.IV.

TABLA 3.III

Minusvalía en patología vestibular.
Grados de minusvalía e intervalos de las puntuaciones equivalentes del CEMPV.
Tabla de referencia para agrupar grados de minusvalía.

	grado I	grado II	grado III	grado IV
Minusvalía emocional	£ 14.29 [≤ 2]	> 14.29 - £ 33.93 [> 2 - ≤ 5]	>33.93 - £ 50 [> 5 - ≤ 7]	> 50 [> 7 - 14]
Minusvalía funcional	£ 20 [≤ 4]	> 20 - £ 40 [> 4 - ≤ 8]	> 40 - £ 60 [> 8 - ≤ 12]	> 60 [> 12 - 20]
Minusvalía orgánica	£ 33.33 [≤ 4]	> 33.33 - £ 50 [> 4 - ≤ 6]	> 50 - £ 70.83 [> 6 - ≤ 8.5]	> 70.83 [> 8.5 - 12]
Minusvalía global	£ 26.63 [≤ 12]	> 26.63 - £ 45.11 [> 12 - ≤ 20.5]	> 45.11 - £ 54.35 [> 20.5 - ≤ 25]	> 54.35 [> 25 - 46]

Se exponen las puntuaciones proporcionales por escalas y global del cuestionario en letra negrita.
 Entre [] se exponen las puntuaciones directas

TABLA 3.IV**Minusvalía en patología vestibular.****Distribución según el grado de minusvalía global y por escalas del CEMPV.**

	grado I	grado II	grado III	grado IV
Minusvalía emocional	16 (26.7%)	14 (23.3%)	19 (31.7%)	11 (18.3%)
Minusvalía funcional	16 (26.7%)	15 (25%)	20 (33.3%)	9 (15%)
Minusvalía orgánica	19 (31.7%)	15 (25%)	13 (21.7%)	13 (21.6%)
Minusvalía global	15 (25%)	15 (25%)	15 (25%)	15 (25%)

Número de pacientes y porcentaje respecto al total de la muestra (n: 60)

4-Comparación del número de individuos según grado de minusvalía y grupo (c²)

En las TABLAS 3.V a 3.VIII y FIGURAS 3.10 a 3.13 se expone la distribución del número de pacientes para cada grado de minusvalía (global, emocional, funcional, orgánica) según los grupos estudiados.

Existe diferencia estadística significativa en la distribución del número de pacientes en relación al grado de minusvalía tanto al considerar los grupos clínicos por separado como agrupados según el tiempo de evolución.

En la TABLA 3.XIII se resumen los grados de minusvalía (grado de minusvalía en el que se incluye la media de las puntuaciones de cada grupo) por escalas y según el tiempo de evolución. Existen diferencias entre ambos grupos.

TABLA 3.V

**Minusvalía en patología vestibular.
Grado de minusvalía global y distribución según el grupo clínico.**

	grado I	grado II	grado III	grado IV
muestra A	12 (80%) [20%]	3 (20%) [5%]	0	0
muestra B	3 (20%) [5%]	7 (46.7%) [11.7%]	4 (26.7%) [6.7%]	1 (6.6%) [1.7%]
muestra C	0	0	5 (33.3%) [8.3%]	10 (66.7%) [16.7%]
muestra D	0	5 (33.3%) [8.3%]	6 (40%) [10%]	4 (26.7%) [6.7%]

$\gamma = 9$; $\chi^2 = 46.99$; $p < 0.001$

	grado I	grado II	grado III	grado IV
≤ 6 semanas de evolución	15 (50%) [25%] 100%	10 (33.3%) [16.7%] 66.7%	4 (13.3%) [6.7%] 26.7%	1 (3.3%) [1.7%] 6.7%
≥ 2 años de evolución	0	5 (16.7%) [8.3%] 33.3%	11 (36.7%) [18.3%] 73.3%	14 (46.6%) [23.4%] 93.3%

$\gamma = 3$; $\chi^2 = 31.18$; $p < 0.001$

Número de pacientes. Porcentaje respecto al grupo clínico entre paréntesis () y al total de la muestra (n: 60) entre corchetes [].

En letra negrita porcentaje relativo en cada grado de minusvalía.

FIGURA 3.10

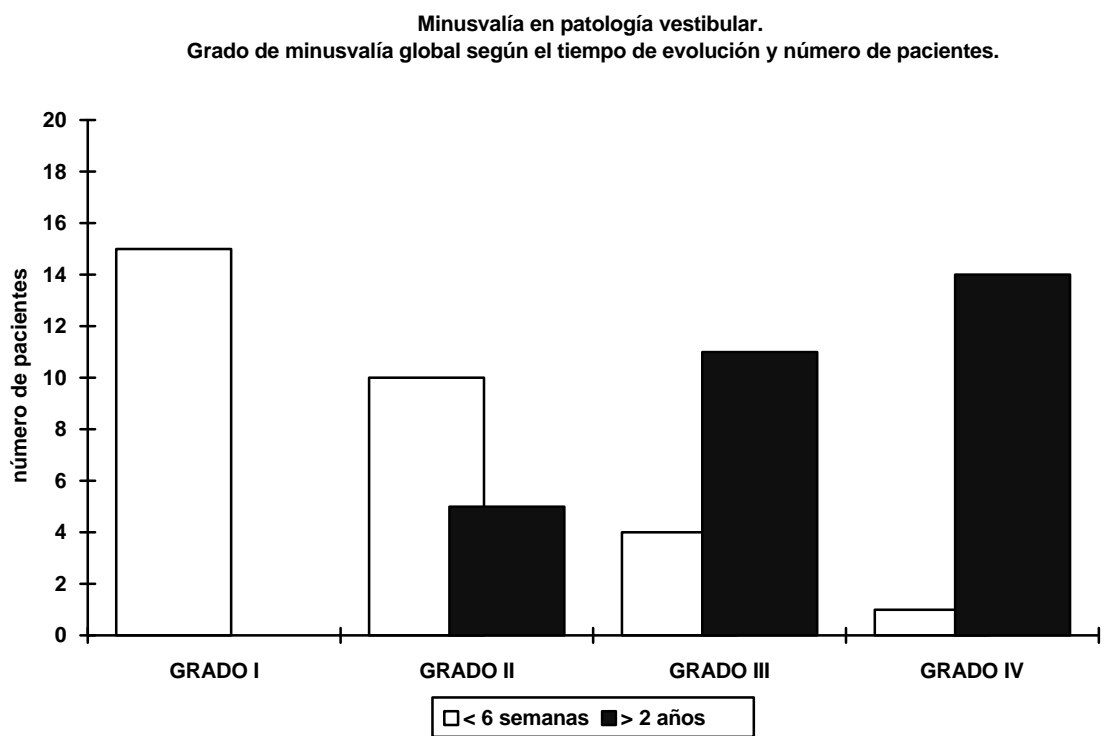


TABLA 3.VI

Minusvalía en patología vestibular.
Grado de minusvalía emocional y distribución según el grupo clínico.

	grado I	grado II	grado III	grado IV
muestra A	15 (100%) [25%]	0	0	0
muestra B	1 (6.7%) [1.7%]	3 (20%) [5%]	2 (13.3%) [3.3%]	9 (60%) [15%]
muestra C	0	3 (20%) [5%]	12 (80%) [20%]	0
muestra D	0	8 (53.3%) [13.3%]	5 (33.3%) [8.3%]	2 (13%) [3.3%]

$\gamma = 9$; $\chi^2 = 60.89$; $p < 0.001$

	grado I	grado II	grado III	grado IV
≤ 6 semanas de evolución	16 (53.3%) [26.7%] 100%	3 (10%) [5%] 21.4%	2 (6.7%) [3.3%] 10.5%	9 (30%) [15%] 81.8%
≥ 2 años de evolución	0	11 (36.7%) [18.3%] 78.6	17 (56.7%) [28.3%] 89.5%	2 (6.6%) [3.3%] 18.2%

$\gamma = 3$; $\chi^2 = 36.84$; $p < 0.001$

Número de pacientes. Porcentaje respecto al grupo clínico entre paréntesis () y al total de la muestra (n: 60) entre corchetes [].

En letra negrita porcentaje relativo en cada grado de minusvalía.

FIGURA 3.11

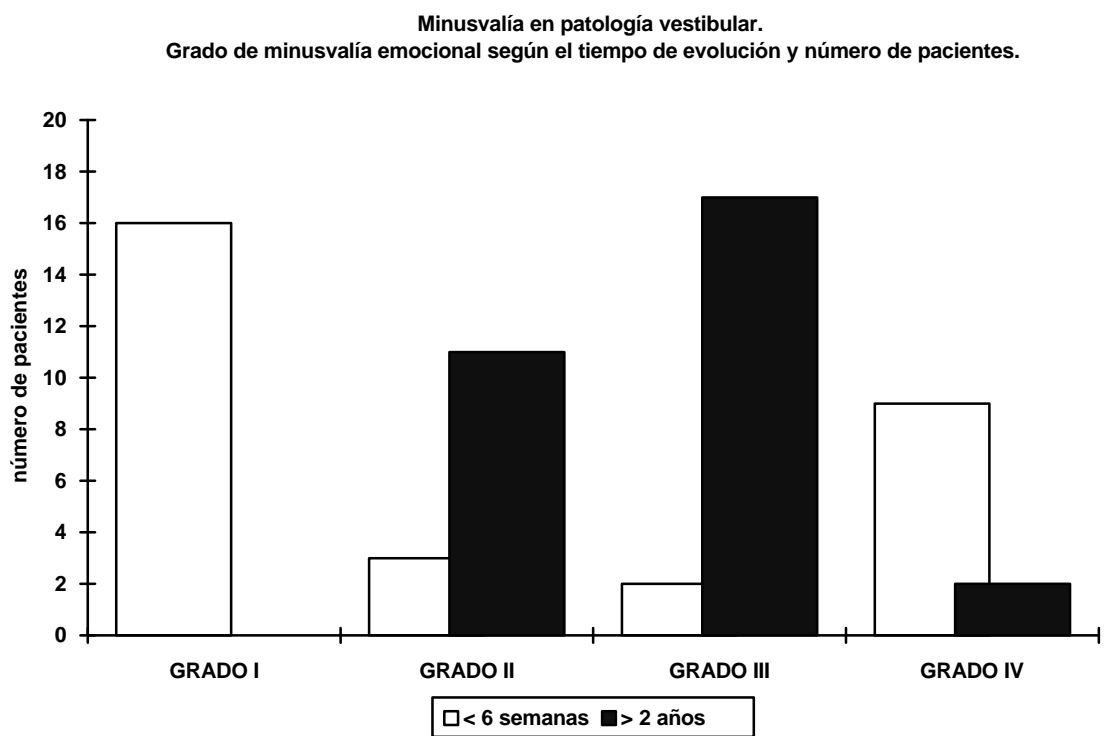


TABLA 3.VII

Minusvalía en patología vestibular.
Grado de minusvalía funcional y distribución según el grupo clínico.

	grado I	grado II	grado III	grado IV
muestra A	12 (80%) [20%]	2 (13.3%) [3.3%]	1 (6.7%) [1.7%]	0
muestra B	4 (26.7%) [6.7%]	7 (46.7%) [11.7%]	3 (20%) [5%]	1 (6.7%) [1.7%]
muestra C	0	0	11 (73.3%) [18.3%]	4 (26.7%) [6.7%]
muestra D	0	6 (40%) [10%]	5 (33.3%) [8.3%]	4 (26.7%) [6.7%]

$\gamma = 9$; $\chi^2 = 49.6$; $p < 0.001$

	grado I	grado II	grado III	grado IV
≤ 6 semanas de evolución	16 (52.3%) [26.7%] 100%	9 (30%) [15%] 60%	4 (13.3%) [6.7%] 20%	1 (3.3%) [1.7%] 11.1%
≥ 2 años de evolución	0	6 (20%) [10%] 40%	16 (53.3%) [26.6%] 80%	8 (26.7%) [13.4%] 88.9%

$\gamma = 3$; $\chi^2 = 21.24$; $p < 0.001$

Número de pacientes. Porcentaje respecto al grupo clínico entre paréntesis () y al total de la muestra (n: 60) entre corchetes [].

En letra negrita porcentaje relativo en cada grado de minusvalía.

FIGURA 3.12

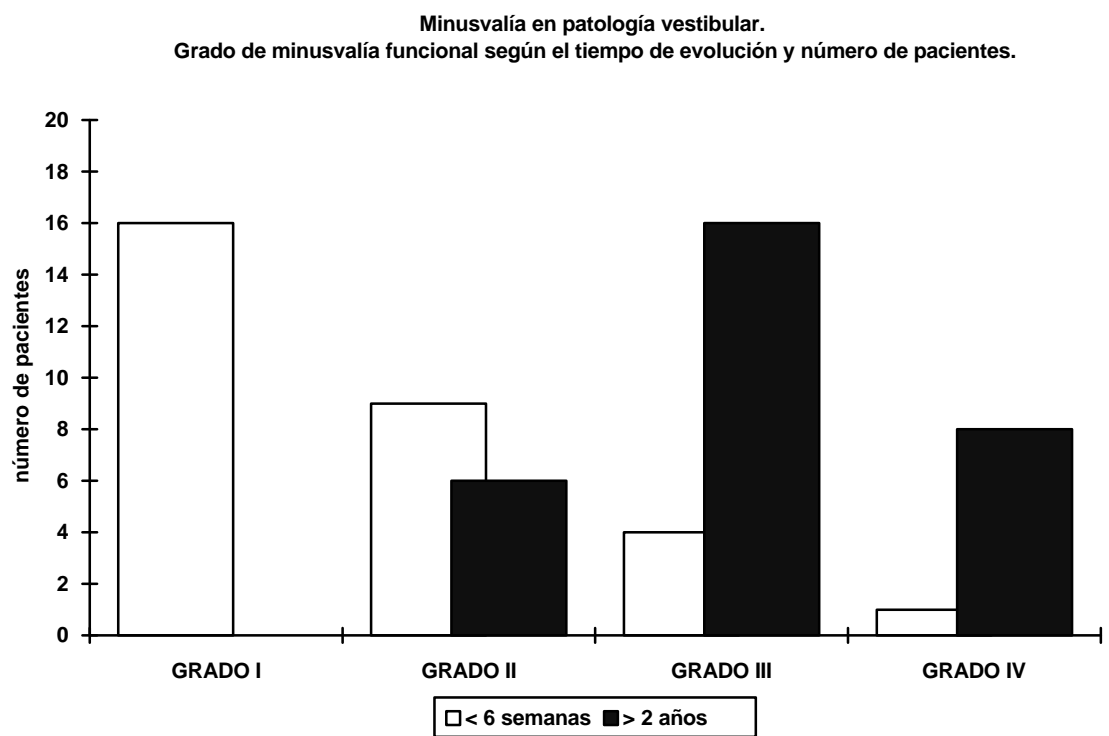


TABLA 3.VIII

Minusvalía en patología vestibular.
Grado de minusvalía orgánica y distribución según el grupo clínico.

	grado I	grado II	grado III	grado IV
muestra A	2 (13.3%) [3.3%]	8 (53.3%) [13.3%]	4 (26.7%) [6.7%]	1 (6.7%) [1.7%]
muestra B	13 (86.7%) [21.7%]	1 (6.7%) [1.7%]	1 (6.7%) [1.7%]	0
muestra C	0	6 (40%) [10%]	3 (20%) [5%]	6 (40%) [10%]
muestra D	4 (26.7%) [6.7%]	0	5 (33.3%) [8.3%]	6 (40%) [10%]

$\gamma = 9$; $\chi^2 = 44.89$; $p < 0.001$

	grado I	grado II	grado III	grado IV
≤ 6 semanas de evolución	15 (50%) [25%] 79%	9 (30%) [15%] 60%	5 (16.7%) [8%] 38.5%	1 (3.3%) [1.7%] 7.7%
≥ 2 años de evolución	4 (13.3%) [6.7%] 21%	6 (20%) [10%] 40%	8 (26.7%) [13.3%] 61.5%	12 (40%) [20%] 92.3%

$\gamma = 3$; $\chi^2 = 16.96$; $p < 0.05$

Número de pacientes. Porcentaje respecto al grupo clínico entre paréntesis () y al total de la muestra (n: 60) entre corchetes [].

En letra negrita porcentaje relativo en cada grado de minusvalía.

FIGURA 3.13

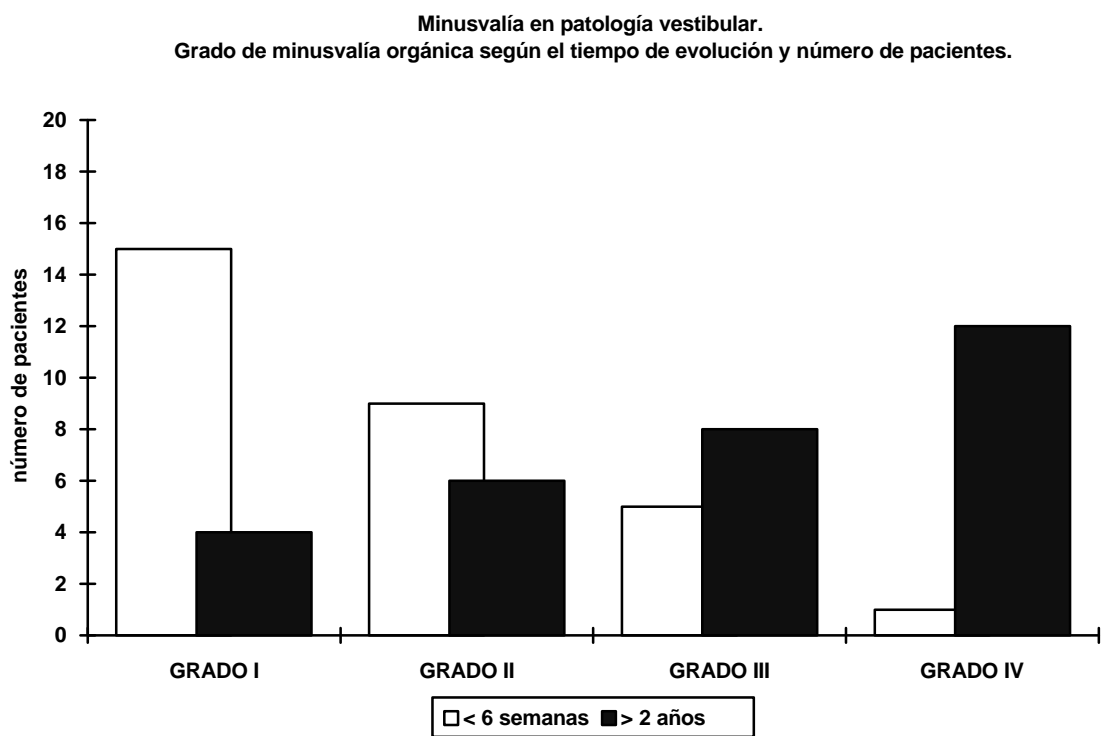


TABLA 3.IX

Minusvalía en patología vestibular.

Tiempo de evolución de la sintomatología y grado de minusvalía (medias de las puntuaciones por escala)

	tiempo de evolución		
	£ 6 semanas	³ 2 años	
Minusvalía emocional	I-IV*	II-III	-
Minusvalía funcional	I-II	III-IV	-
Minusvalía orgánica	II-IV**	III	»
Minusvalía global	I-II	III-IV	-

* E. Ménière

**Vértigo posicional

4-COMENTARIOS

A diario nos enfrentamos con la evaluación y ponderación de las quejas y sensaciones de los enfermos con patología del equilibrio. Estamos condicionados a buscar una justificación objetiva a estas quejas que no siempre hallamos y que, en la práctica llegan a influir en el diagnóstico y en la conducta terapéutica. Aunque existen unas manifestaciones objetivas que podemos medir electrofisiológicamente, el paciente expresa otras subjetivas que añaden complejidad al manejo global (diagnóstico, prescripción de los tratamientos, realización y cumplimiento de los tratamientos, evaluación de la eficacia terapéutica). La alteración de la función vestibular implica disminución de la autonomía (incapacidad), modificación de la emotividad del enfermo [8,44,26] y limitación de su actividad social (minusvalía) como se resume en la FIGURA 1.1.

Es ese grupo de manifestaciones subjetivas el que *contamina* la historia clínica, sobre todo en pacientes con enfermedad de largo tiempo de evolución y, en ocasiones, son las únicas (ver TABLA 4.I). Por lo general existe la tendencia a ignorar y a no medir este grupo de datos subjetivos y, en el caso de que sean preponderantes, a menospreciarlos sobre todo si no pueden correlacionarse con datos objetivos (electrofisiológicos o por imagen). A medida que queremos desplazarnos hacia la medición de la minusvalía o de la calidad de vida se incrementan las complicaciones y los instrumentos de medida habituales no nos sirven (estudios electrofisiológicos, por imagen, bioquímicos, etc.). La calidad de vida es el sentido subjetivo de bienestar de cada persona derivado de la experiencia diaria de su vida que está siendo influenciado por factores físicos, sociales y emocionales que la modifican permanentemente [12]. La minusvalía derivada de la deficiencia vestibular es un factor contribuyente más en la calidad de vida percibida por el paciente que puede ser evaluada por un observador externo o por él mismo. Los criterios utilizados en la evaluación de las deficiencias permanentes para establecer la incapacidad laboral o las indemnizaciones siguen patrones diferentes a los que deben seguirse en una evaluación de interés clínico [50]. En la TABLA 4.IV se recogen algunas variables que tienen influencia sobre la minusvalía en pacientes con enfermedad vestibular y que modifican su medición.

Se hacía necesario, por tanto, diseñar un modelo de evaluación de la minusvalía subjetiva del enfermo que no añadiese tiempo a la anamnesis, que fuese estandarizado, fácil de medir y de reproducir. Obviamente los tests

empleados al inicio para medir ansiedad, depresión y personalidad, no cumplían estos requisitos y los cuestionarios publicados en otros idiomas no se ajustaban exactamente a lo que necesitábamos en nuestro medio.

La gran variabilidad individual en la percepción del impacto funcional y emocional hace que *a priori* sea difícil cohesionar las quejas en un modelo único. Sin embargo el CEMPV permite agrupar las manifestaciones relacionadas con la minusvalía y hace de él un instrumento útil. Su diseño se ha basado por un lado en otros cuestionarios [9] y, por otro, en preguntas que demostraron en estudios previos su relación con el grado de afectación [41]. El CEMPV aporta dos tipos de información: una la numérica global o por escalas y otra por cada pregunta individualmente (caídas, intercrisis, fobias -a salir de casa, a tener un tumor, a tener una crisis en un acto social-, abandono de tareas, síntomas depresivos, etc.). Al tratarse de un modelo estandarizado es fácil de aplicar y de repetir, evita el sesgo del evaluador y permite homologar los resultados obtenidos por diferentes investigadores (ver TABLA 4.III).

La escala emocional incluye manifestaciones de ansiedad [15] (pregunta 12) o depresión relacionadas con las cuatro dimensiones [46] (humor depresivo -pregunta 9-; anergia -preguntas 5 y 13-; discomunicación -preguntas 8 y 10-; ritmopatía -preguntas 11 y 14-). El CEMPV recoge las manifestaciones de los periodos intercríticos que han demostrado ser útiles para la evaluación del estado psicoafectivo [42].

Según los resultados obtenidos la minusvalía funcional toma importancia en pacientes con patologías de largo tiempo de evolución. El enfermo condiciona su actividad a su experiencia respecto de la enfermedad. El hecho de padecer *el vértigo* limita su actividad porque sabe que poco o nada podrá hacer para evitarlo. Así procura evitar o limita sus viajes, evita subir a lugares elevados (desde no subir a un taburete lo que implica limitaciones en la vida cotidiana hasta evitar actividades necesarias para realizar el trabajo -subir a andamios, etc-). Las conductas de evitación las vemos con frecuencia en enfermos con enfermedad de Ménière en los que los *pródromos* pueden aparecer minutos, horas o días antes y en los que han sufrido caídas. Es fácil que la búsqueda desesperada de un remedio obligue al paciente a automedicarse y polimedarse con fármacos sedantes, incluso durante temporadas largas. También con frecuencia se encama y aísla por temor a la aparición de nuevos síntomas. El enfermo se siente incómodo en presencia

de los demás (preguntas 3 y 32), tiene temores acerca de lo que pensarán los demás sobre lo que le pasa (preguntas 3, 17, 21, 27, sobre todo si hay absentismo laboral o hubo despidos o ausencias al trabajo o abandonos de tareas *injustificadamente* desde el punto de vista de las personas del entorno -abandono del trabajo, no presentación a exámenes ...-). Los enfermos tienen temor a perder el control sobre sí mismos al perder el equilibrio sobre todo cuando hubo caídas. La caída representa el máximo exponente de la pérdida del control del equilibrio y de los sistemas de compensación que la evitan. El sólo hecho de tener la sensación de que se va a caer, aunque nunca se haya caído, condiciona la actividad del enfermo manifestándose como tener miedo a la caída (pregunta 28) a salir a la calle solo (preguntas 2 y 23), a preferir que alguien le acompañe a salir a la calle (pregunta 2) o como temor a permanecer solo en casa (pregunta 6) por miedo a caerse o a que aparezcan los síntomas. El enfermo vestibular pierde autonomía y depende en gran medida de las otras personas de su entorno. Ese *estar acobardado* o *no ser el mismo* que refieren pacientes y familiares es expresión de la minusvalía funcional.

La enfermedad de Ménère y el vértigo posicional paroxístico han permitido ilustrar el empleo y utilidad del CEMPV debido a su neta diferencia clínica. Los grupos clínicos han ofrecido puntuaciones diversas permitiendo definir grados de minusvalía según las puntuaciones obtenidas que se recogen en la TABLA 4.II que sirve de guía en la interpretación de resultados ante un paciente concreto.

Cuando el tiempo de evolución es corto (≤ 6 semanas) las diferencias entre las puntuaciones son elevadas, sin embargo entre pacientes con tiempo de evolución más largo (≥ 2 años) las diferencias son menores y los patrones de minusvalía sobre todo funcional se parecen más.

El impacto inicial en la enfermedad de Ménière es diferente al que se produce en pacientes con vértigo posicional paroxístico. Desde el principio la minusvalía emocional y funcional es superior tal vez debido a la intensidad e incapacidad que provoca y a los síntomas acompañantes (vegetativos, acúfenos, hipoacusia); interpretamos que la sintomatología *prodrómica* provoca una minusvalía funcional y emocional *anticipatoria*. Sin embargo en pacientes con más de dos años de evolución la minusvalía emocional y funcional es superior en el vértigo posicional paroxístico y con pocas manifestaciones diferentes en la enfermedad de Ménière. El paciente con

enfermedad de Ménière desarrolla sistemas de adaptación a la enfermedad por lo que, probablemente, disminuye la minusvalía emocional pero incrementa la minusvalía funcional (conductas de evitación y adaptación); este dato es común a las dos patologías por lo que probablemente puede postularse que los cuadros crónicos conducen a mayor minusvalía funcional en la vida diaria.

Aunque la minusvalía global es superior entre pacientes con más de dos años de evolución no puede darse una fórmula única de correlación entre tiempo de evolución y minusvalía ya que esta es muy variable de unos individuos a otros y pueden observarse diferencias estadísticas entre los grupos clínicos estudiados de similar tiempo de evolución. En general sí aumentan la minusvalía emocional, funcional y global y se mantiene sin cambios la orgánica (ver TABLA 3.IX).

El empleo del CEMPV en los grupos estudiados de comportamiento tan dispar y extremo nos ha permitido establecer cinco grados de minusvalía que se recogen en la TABLA 4.II (global y para cada escala -emocional, funcional y orgánica-) útil para evaluar la evolución del paciente. El grado 0 equivale a la ausencia completa de los síntomas motivo de consulta, el resto (grado I a IV) está en función de la puntuación obtenida en el CEMPV. Aunque obviamente existen otras manifestaciones que han de medirse (TABLA 4.IV) el empleo del cuestionario CEMPV es útil en la valoración terapéutica y siempre más exacto que las escalas ordinales que suelen aparecer en los trabajos. La mejoría o empeoramiento viene definido por la modificación de grados de minusvalía en las sucesivas revisiones.

Igual que la temperatura corporal es un buen indicador de la evolución global y del estado general del paciente en muchas enfermedades diferentes, el CEMPV informa del impacto de la enfermedad vestibular sobre el paciente pero no sobre su vínculo real ni sobre sus causas. No puede definirse un patrón *normal* o *patológico* sino diferentes grados y diferente percepción del impacto en cada paciente evaluado.

TABLA 4.I**Minusvalía en patología vestibular.****Datos objetivos y subjetivos mensurables en patología vestibular [10].**

OBJETIVOS	SUBJETIVOS
-nistagmo -desequilibrio -hipoacusia	-síntoma vértigo o mareo -frecuencia de los síntomas -síntomas en las intercrisis -acúfenos -síntomas sensitivos y sensoriales -capacidad para realizar tareas (cotidianas o extraordinarias, actividades peligrosas, salir a la calle, entrar en lugares cerrados) -capacidad para llevar a cabo cuidados personales o de otras personas -ansiedad - depresión -circunstancias emocionales desencadenantes de los síntomas -MINUSVALÍA - CALIDAD DE VIDA
Electronistagmografía Posturografía Audiometría PEATC Escalas de exploración	Anamnesis semiestructurada Cuestionarios y escalas escalas ordinales escalas visuales analógicas cuestionarios de personalidad cuestionarios y escalas para depresión o ansiedad escalas de medición de la calidad de vida cuestionarios específicos («Vertigo Handicap Questionnaire»; «Dizziness Handicap Inventory»; «Cuestionario para la Evaluación de la Minusvalía en Patología Vestibular» - CEMPV-)

TABLA 4.II

Minusvalía en patología vestibular.

Grados de minusvalía global, emocional, funcional y orgánica según las puntuaciones obtenidas en el CEMPV.

	minusvalía (escalas CEMPV)			
	global	emocional	funcional	orgánica
GRADO 0	ausencia de síntomas vestibulares			
GRADO I	£ 26.63 [≤ 12]	£ 14.29 [≤ 2]	£ 20 [≤ 4]	£ 33.33 [≤ 4]
GRADO II	> 26.63 - £ 45.11 [> 12 - ≤ 20.5]	> 14.29 - £ 33.93 [> 2 - ≤ 5]	> 20 - £ 40 [> 4 - ≤ 8]	> 33.33 - £ 50 [> 4 - ≤ 6]
GRADO III	> 45.11 - £ 54.35 [> 20.5 - ≤ 25]	>33.93 - £ 50 [> 5 - ≤ 7]	> 40 - £ 60 [> 8 - ≤ 12]	> 50 - £ 70.83 [> 6 - ≤ 8.5]
GRADO IV	> 54.35 [> 25 - 46]	> 50 [> 7 - 14]	> 60 [> 12 - 20]	> 70.83 [> 8.5 - 12]

(en negrita puntuaciones proporcionales; entre corchetes puntuaciones directas)

TABLA 4.III**Minusvalía en patología vestibular.
Concepto y utilidad del CEMPV.**

- EVALÚA LA MINUSVALÍA SUBJETIVA DEL ENFERMO, LO QUE ÉL PIENSA DE LOS SÍNTOMAS QUE EXPERIMENTA Y LAS LIMITACIONES QUE ÉL OBSERVA.
- 46 PREGUNTAS DISTRIBUIDAS EN TRES ESCALAS (EMOCIONAL, FUNCIONAL Y ORGÁNICA),
- COMPENSIBLES,
- FÁCILES DE RESPONDER,
- PERMITE SU REPRODUCCIÓN EN DISTINTAS ETAPAS DE LA ENFERMEDAD
- NO AÑADE TIEMPO A LA ANAMNESIS
- NO AÑADE COSTE
- FÁCIL DE MEDIR
- EVITA EL SESGO DEL INVESTIGADOR
- EMPLEA AL PACIENTE COMO SU PROPIO CONTROL DESDE UNA MEDICIÓN INICIAL
- DISTINGUE DIFERENTES GRADOS DE MINUSVALÍA LO QUE PERMITE TENER REFERENCIA RESPECTO A OTROS GRUPOS CLÍNICOS
- PERMITE HOMOLOGAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR DISTINTOS INVESTIGADORES (MINUSVALÍA Y GRADO DE AFECTACIÓN EN DIVERSAS PATOLOGÍAS, EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS)

TABLA 4.IV**Minusvalía en patología vestibular
Variables de las que depende la minusvalía**

<p>1-ORGÁNICO-VESTIBULARES</p> <ul style="list-style-type: none"> -NÚMERO DE EPISODIOS -DURACIÓN DE LOS EPISODIOS -FRECUENCIA DE LOS EPISODIOS -MODELO DE INSTAURACIÓN DE LA CRISIS (SÚBITO, PROGRESIVO, PRÓDROMOS) -SÍNTOMAS ASOCIADOS EN LOS EPISODIOS: COCLEARES, NEUROLÓGICOS -SÍNTOMAS EN LAS INTERCRISIS (<i>MODELO INTERCRÍTICO</i>) -DESENCADENANTES FÍSICOS (POSICIÓN, POSTURA, ESFUERZO, NINGÚN DESENCADENANTE) -SITUACIONES PSICOSOCIALES DESENCADENANTES (PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS, TRABAJO) -PATRÓN EVOLUTIVO (ÚNICO, RECURRENTE, CONTÍNUO, INCLASIFICABLE) -PERICRISIS (SÍNTOMAS PREVIOS AL EPISODIO, MODO DE RESOLUCIÓN) -INCAPACIDAD (AUTONOMÍA Y EQUILIBRIO PREVIA A LA CRISIS, DURANTE Y DESPUÉS DE LA CRISIS) -TIEMPO DE EVOLUCIÓN DESDE LA APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS -MOMENTO DE REFERENCIA EN EL QUE ESTAMOS EVALUANDO (AMBULATORIO, HOSPITALIZADO) -TERAPÉUTICAS EMPLEADAS (FÁRMACOS, CIRUGÍA, REHABILITACIÓN) -SÍNTOMAS ASOCIADOS EN LAS INTERCRISIS: COCLEARES, NEUROLÓGICOS -PATOLOGÍAS ASOCIADAS: RENALES, HEPÁTICAS, METABÓLICAS, NEUROLÓGICAS, CARDIOVASCULARES
<p>2-PSICO-EMOCIONALES</p> <ul style="list-style-type: none"> -ANSIEDAD -DEPRESIÓN -ESTRÉS -PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS

5-CONCLUSIONES

- 1-EL CEMPV ES UN INSTRUMENTO DE MEDIDA DE LA MINUSVALÍA SUBJETIVA DEL PACIENTE
- 2-EL ESTUDIO DEMUESTRA LA CAPACIDAD DEL CEMPV PARA DISTINGUIR GRUPOS CLÍNICOS
- 3-PERMITE LA DISTINCIÓN DE MINUSVALÍA EMOCIONAL, FUNCIONAL, ORGÁNICA Y GLOBAL
- 4-EL CEMPV NO AÑADE TIEMPO, NI COSTE ADICIONAL A LA ANAMNESIS, RESULTA FÁCIL DE REALIZAR POR EL PACIENTE Y FÁCIL DE PUNTUAR POR EL INVESTIGADOR
- 5-LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS SON UN INDICADOR GLOBAL DEL GRADO DE REPERCUSIÓN QUE TIENE LA ENFERMEDAD SOBRE EL ENFERMO POR LO QUE DEBE INCLUIRSE EN LOS DATOS OBTENIDOS EN LA ANAMNESIS
- 6-LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS PERMITEN EMPLEAR A CADA PACIENTE COMO SU PROPIO CONTROL
- 7-LA EVALUACIÓN MEDIANTE EL CEMPV PUEDE EMPLEARSE PARA OBSERVAR LA EVOLUCIÓN DE LA PATOLOGÍA Y LA EFICACIA TERAPÉUTICA
- 8-LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS TIENEN SUS EQUIVALENCIAS EN DISTINTOS GRADOS DE MINUSVALÍA GLOBAL, EMOCIONAL, FUNCIONAL Y ORGÁNICA QUE ORIENTAN RESPECTO AL RESTO DE PACIENTES
- 9-PERMITE HOMOLOGAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS ENTRE DIFERENTES INVESTIGADORES EN DISTINTOS ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD VESTIBULAR

6-BIBLIOGRAFÍA

- 1) **AZOY, A.:** "El vértigo. Estudio fisiopatológico". Manuel Marín, Editor. Barcelona, 1948.
- 2) **MICHEL, J.:** "Recherches historiques sur la conception des vertiges au cours des âges et sur la découverte clinique des épreuves fonctionnelles vestibulaires", dans WILLEMOT, J. et MICHEL, J.: "Naisance et développement de l'Oto-Rhino-Laryngologie dans l'Histoire de la Médecine". Chap. XII. Acta Otorhinolaryngol. Belg. 1981. (pp. 915-974).
- 3) **BOTEY, R.:** "Enfermedad de Ménière. Tratado de Oto-Rino-Laringología para médicos y estudiantes". Barcelona, 1902. (pp. 269-272).
- 4) **DIX, M.R.; HALLPIKE, C.S.:** "The pathology symptomatology and diagnosis of certain common disorders of the vestibular system". Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1952. 61: 987-1016.
- 5) **LINDSAY, J.R.; HEMMENWAY, W.G.:** "Postural vertigo due to unilateral sudden partial loss of vestibular function". Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1956. 65: 692-706.
- 6) **SCHUKNECHT, H.F.:** "Cupulolithiasis". Arch. Otolaryngol. 1969. 90: 765-778.
- 7) **PARDAL, J.L.; BELTRAN, L.D.; CAÑIZO, A.:** "Sintomatología vestibular y respuesta al tratamiento con fármacos heterocíclicos". Anales O.R.L. Ibero-Amer. 1992. XIX / 6: 515-525.
- 8) **PARDAL, J.L.:** "Investigación de las relaciones y utilidad de la valoración de los factores psicoafectivos en procesos supuestamente vestibulares". Tesis doctoral. Universidad de Salamanca, 1990.

- 9) **JACOBSON, G. P.; NEWMAN, C. W.:** "The development of the Dizziness Handicap Inventory". Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 1990. 116: 424-427.
- 10) **PARDAL, J.L.:** "Revisión de los métodos de evaluación de la incapacidad en patología vestibular". O.R.L.-DIPS. 1996. XXIII / 1: 11-16.
- 11) **ROSSER, R.; KIND, P.; WILLIAMS, A.:** "Valuation of quality of life: some psychometric evidence". In JONES-LEE, M.: "The value of life and society". Elsevier-North Holland. Amsterdam, 1982.
- 12) **SANZ, J.:** "Valor y cuantificación de la calidad de vida en Medicina". Med. Clín. (Barc.). 1991. 96: 66-69.
- 13) **SEISDEDOS, N.; ROIG-FUSTÉ, J.M.:** "MMPI. Suplemento técnico e interpretación clínica". 2ª Ed. TEA Ediciones, S.A. Madrid, 1986.
- 14) **SLOANE, P.D.; HARTMAN, M.; MITCHELL C.M.:** "Psychological factors associated with chronic dizziness in patients aged 60 and older". J. Am. Geriatr. Soc. 1994. 42 / 8: 847-852.
- 15) **SPIELBERG, C.D.; GORSUCH, R.L.; LUSHENE, R.E.:** "Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo". TEA Ediciones. Madrid, 1986.
- 16) **STEPHENS, S.D.:** "Personality tests in Ménière's disorder". J. Laryngol. Otol. 1975. 89: 479-490.
- 17) **TEELING-SMITH, G.:** "Measuring habits: a practical approach". John Wiley. Chichester, 1988.
- 18) **HINCHLIFFE, R.:** "Personality profile in Ménière's disease". J. Laryngol. Otol. 1967. 81: 447-481.

- 19) **BRIGHTWELL, D.R.; ABRAMSON, M.:** "Personality characteristics in patients with vertigo". *Arch. Otolaryngol.* 1975. 101 / 6: 364-366.
- 20) **CRARY, W.G.; WEXLER, M.:** "Ménière's disease: a psychosomatic disorder?". *Psychol. Rep.* 1977. 41: 603-645.
- 21) **RIGATELLI, M.; CASULARY, L.; BERGAMINI, G.; GUIDETTI, G.:** "Psychosomatic study of 40 patients with vertigo". *Psychoter. Psychosom.* 1984. 41: 91-99.
- 22) **HALLAM, R.S.; STEPHENS, S.D.:** "Vestibular disorder and emotional distress". *J. Psychosom. Res.* 1985. 29 / 4: 407-413.
- 23) **FILIPO, R.; LAZZARI, R.; BARBARA, M.; FRANZESE, A.; PETRUZZELLIS, M.C.:** "Psychologic evolution of patients with Ménière's disease in relation to therapy". *Am. J. Otol.* 1988. 94/4: 306-309.
- 24) **COKER, N.J.; COKER, R.R.; JENKINS, H.A.; VINCENT, K.R.:** "Psychological profile of patients with Ménière's disease". *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 1989. 115: 1355-1357.
- 25) **GRIMM, R.J.; HEMENWAY, W.G.; LEBRAY, P.R.; BLACK, F.O.:** "The perilymph fistula syndrome defined in mild head trauma". *Acta Oto. Laryngol. (Stockh.).* 1989. Suppl. 464: 1-40.
- 26) **PARDAL, J.L.; BELTRAN, L.D.; CAÑIZO, A.:** "Cuantificación del síndrome depresivo en pacientes con patología vestibular". *ORL-DIPS.* 1991. XVIII/1: 39-48.
- 27) **McKENNA, L.; HALLAM, R.; HINCHCLIFFE, R.:** "The prevalence of psychological disturbance in neurotology outpatients". *Clin. Otolaryngol.* 1991. 16 / 5: 452-456.

- 28) **ALVORD, L.S.:** "Psychological status of patients undergoing electronystagmography". J. Am. Acad. Audiol. 1991. 2 / 4: 261-265.
- 29) **YARDLEY, L.; PUTMAN, J.:** "Quantitative analysis of factors contributing to handicap and distress in vertiginous patients: a questionnaire study". Clin. Otolaryngol. 1992. 17 / 3: 231-236.
- 30) **KROENKE, K.; LUCAS, C.A.; ROSENBERG, M.L.; SCHEROKMAN, B.J.:** "Psychiatric disorders and functional impairment in patients with persistent dizziness". J. Gen. Intern. Med. 1993. 8 / 10: 530-535.
- 31) **PARDAL, J.L.; BELTRAN, L.D.:** "Medición de la intensidad e incapacidad en trastornos del equilibrio mediante escala visual". ORL-DIPS. 1994. XX / 2: 78-81.
- 32) **MRUZEK, M.; BARIN, K.; NICHOLS, D.S.; BURNETT, C.N.; WELLING, D.B.:** "Effects of vestibular rehabilitation and social reinforcement on recovery following ablative vestibular surgery". Laryngoscope. 1995. 105: 686-692.
- 33) **PARDAL, J.L.:** "Cuestionario para la evaluación de la minusvalía en patología vestibular (CEMPV). Modelo de recogida de datos y aplicación". Monografía. Zamora, 1996.
- 34) **PARDAL, J.L.; BELTRÁN, L.D.; CAÑIZO, A.:** "CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA MINUSVALÍA EN PATOLOGÍA VESTIBULAR (CEMPV)". Anales ORL. Iber. Amer. 1998. XXV: 547-564.
- 35) **YARDLEY, L.; VERSCHUUR, C.; MASSON, E.; LUXON, L.; HAACKE N.:** "Somatic and psychological factors contributing to handicap in people with vertigo". Br. J. Audiol. 1992. 26 / 5: 283-290.

- 36) **YARDLEY, L.:** "Contribution of symptoms and beliefs to handicap in people with vertigo: a longitudinal study". Br J Clin Psychol. 1994. 33: 101-113.
- 37) **HUGHES, G.B.:** "Criterios para valorar los resultados quirúrgicos". En GOYCOOLEA, M.V.: "Tratamiento quirúrgico para vértigo periférico incapacitante". Clínicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica. Interamericana Mc.Graw-Hill. Vol. 2. pp. 311-314. México, 1994.
- 38) **WADE, D.T.:** "Measurement in Neurological Rehabilitation". Oxford University Press. New York, 1992.
- 39) **MINAIRE, P.; CHERPIN, J.; FLORES, J.L.; WEBER, D.:** "La classification des handicaps. Données actuelles, avantages et limites". Encycl. Méd. Chir. (Paris. France). Kinésithérapie-Rééducation fonctionnelle. 1991. 26006 A10.
- 40) **DENIA, A.; ANTOLÍ-CANDELA, F.:** "Posturografía dinámica: nuevo método de estudio de la función vestibular". Acta Otorrinolaring. Esp. 1994. Supl. 1: 100-107.
- 41) **PARDAL, J.L.; BELTRAN, L.D.; CAÑIZO, A.:** "Incapacidad en el enfermo con patología vestibular y variables clínicas relacionadas". ORL-DIPS. 1991. XVIII/6: 319-326.
- 42) **PARDAL, J.L.; BELTRAN, L.D.; CAÑIZO, A.:** "Validez de la anamnesis en la evaluación del estado psicoafectivo del enfermo vestibular". Anales O.R.L. Ibero-Amer. 1994. XXI / 1: 85-90.
- 43) **MEDLINE DATABASE.** National Library of Medicine. U.S. Department of Health and Human services. EBSCO Publishing (Fulcrum Technologies Inc.). 1995 Edition.

- 44) **PARDAL, J.L.; BELTRAN, L.D.; CAÑIZO, A.:** "Características psicológicas del paciente con patología vestibular de largo tiempo de evolución". ORL-DIPS. 1991. XVIII / 3: 125-131.
- 45) **ALONSO-FERNANDEZ, F.:** "Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión". TEA Ediciones. Madrid, 1986.
- 46) **ALONSO-FERNANDEZ, F.:** "La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico". Editorial Labor, S.A. Barcelona, 1988.
- 47) **GRAU, G.:** "Metodología para la validación de cuestionarios". Medifam. 1995. 5 / 6: 351-359.
- 48) **SAUVAGE, J.P.; ENAUX, M.; BROJES, F.:** "Diagnostic étiologique des vertiges". Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Oto-Rhino-Laryngologie. 1994. 20200 A10.
- 49) **PARDAL, J.L.; BELTRAN, L.D.; CAÑIZO, A.:** "La anamnesis como estrategia global ante el enfermo vestibular. Presentación de un modelo". Acta Otorrinolaring. Esp. 1992. 43 / 1: 1-4.
- 50) **AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION :** "Guías para la evaluación de las deficiencias permanentes". Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO). 4ª Edición (2ª reimpresión). Madrid, 1994.

OTRAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

PARDAL, J.L : "CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA MINUSVALÍA EN PATOLOGÍA VESTIBULAR: MODELO, APLICACIÓN Y UTILIDAD". O.R.L.-DIPS. 1997. XXIV / 2: 53-58.

PARDAL, J.L: "MINUSVALÍA Y PATOLOGÍA VESTIBULAR". Anales ORL. Iber. Amer.. 2000. XXVII / 1: 33-46.

Este trabajo fue presentado al premio “Tecnobío-1996” de la Sociedad Española de Otorrinolaringología (SEORL) en el año 1996.

Dr. José Luis Pardal Refoyo
Av. Cardenal Cisneros nº 14, 4º F
49020 ZAMORA
Tf. 980 513899
jpardalr@seorl.org
<http://es.geocities.com/jpardalr/orl.html>