

COMENTARIO

Comentario a Valdez MCG et al., "Tiempo de evolución y riesgo de caídas en sujetos que ingresan a rehabilitación vestibular en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Estudio descriptivo"

[Commentary on Valdez MCG et al., "Duration of clinical course and fall risk in subjects admitted to vestibular rehabilitation in a hospital in the Autonomous City of Buenos Aires. A descriptive study"]

María Florencia Rivera^{1,2*}

Uno de los mayores problemas observados en el área de la rehabilitación vestibular es la falta de detección temprana, siendo común recibir pacientes que llegan a la consulta kinésica habiendo pasado por innumerables consultas médicas y estudios complementarios. Los costos de esto para el sistema de salud no son menores. En un estudio norteamericano, los gastos en el proceso diagnóstico del Vértigo Posicional Paroxístico Benigno (VPPB), la causa más común de vértigo¹, se calcularon en más de USD 2000 anuales por individuo, donde la

mayor parte se atribuyó a medidas diagnósticas innecesarias y terapias ineficaces.² Muchos de nuestros pacientes, incluso, concurren a la consulta kinésica sin diagnóstico o con subdiagnósticos como "síndrome vestibular" lo que hace a la evaluación especializada, un momento bisagra en el proceso de recuperación del paciente.

Los/as autores/as realizaron un estudio descriptivo del tiempo de evolución y riesgo de caídas en sujetos que ingresaron a rehabilitación vestibular con un diagnóstico médico general, a partir del cual llevaron a cabo

Palabras clave: epidemiología, equilibrio postural, mareo, rehabilitación, vértigo de origen central, vértigo periférico.

Keywords: epidemiology, postural balance, dizziness, rehabilitation, central vertigo, peripheral vertigo.

* Correspondencia: mfrivera@fmed.uba.ar

¹ Sanatorio Güemes. CABA. Argentina.

² Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas, Argentina.

Fuentes de financiamiento: La autora declara no tener ninguna afiliación financiera ni participación en ninguna organización comercial que tenga un interés financiero directo en cualquier asunto incluido en este manuscrito.

Conflicto de intereses: La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

la evaluación funcional correspondiente. El estudio posee como fortaleza un tamaño muestral elevado y el largo periodo de tiempo de recolección, lo que le suma un valor agregado.

En la decisión clínica, los estudios epidemiológicos que realizan análisis de patrones sistemáticos en poblaciones definidas proporcionan expectativas probabilísticas sobre la frecuencia de las enfermedades.¹ Es este sentido, son importantes para analizar el estado de situación de un servicio de kinesiología como el puntapié para la mejora de los procedimientos existentes y creación de nuevos protocolos de atención. Por ello, este tipo de trabajos son sumamente valiosos. Felicito a los/as autores/as por la realización del mismo y su demostración de interés y compromiso por la profesión, así como por el área.

En el proceso de rehabilitación vestibular, la evaluación es, sin duda, la parte más importante. A partir de ello, el o la profesional desarrolla un plan de tratamiento individualizado acorde a los hallazgos funcionales encontrados. La evaluación del equilibrio estático y dinámico es parte fundamental de la misma. En este aspecto, el riesgo de caídas debe ser evaluado en todos los pacientes con trastornos vestibulares independientemente de la edad.³ La prevalencia anual de caídas en la población adulta que vive en la comunidad es del 30% en mayores de 65 años y aumenta a 50% en adultos mayores de 80.⁴ Los/as autores/as utilizan el Dynamic Gait Index (DGI) y Functional Gait Assessment (FGA) para evaluar dicho riesgo, según criterio clínico. En este punto habitualmente nos preguntamos, ¿qué test es más adecuado para nuestro paciente? Podríamos pensar simplemente que al ser el FGA más exigente que el DGI, utilizaríamos este último para adultos mayores cuyas actividades diarias sean simples y el FGA para personas jóvenes o adultos mayores más activos. Sin embargo, Dye et al. sugieren que el DGI tiene un efecto techo considerable en adultos mayores que viven en la comunidad que participan en un programa de marcha y equilibrio, especialmente para aquellos que tienen puntuaciones más altas al inicio del programa de rehabilitación.⁵ Además, sugieren que parece haber pocas posibilidades de mejora si los participantes comienzan con puntuaciones más cercanas al máximo al comienzo de un programa de ejercicios.⁵ El FGA, con tareas más complejas, está menos sujeto al efecto techo en los pacientes y puede ser una mejor opción de evaluación clínica para medir el rendimiento de la marcha en sujetos con niveles funcionales más altos.⁶

Por otro lado, Whitney et al. plantean que el sesgo de confirmación puede aumentar de manera falsa las razo-

nes de probabilidad a favor de la caída en las mediciones de estos tests, dado que la medición del DGI depende en cierta medida de la observación subjetiva del evaluador.³ De esta manera, el conocimiento del historial de caídas puede influir en la puntuación del DGI.³ Es por esto que se considera importante que en la investigación se controle este sesgo cegando a los evaluadores al historial de caídas de la persona, como así también que sea un factor para tener en cuenta en las evaluaciones de nuestra práctica diaria.

Los/as autores/as de este estudio refieren que, si bien el 70,5% de la muestra recolectada evidenció riesgo de caídas, el 58,5% no reportó las mismas en los últimos 6 meses. En la práctica cotidiana, es común observar pacientes que en la anamnesis no refieren caídas recientes pese a evidenciar alteraciones en su equilibrio dinámico. En este punto, es significativa la falta de la utilización del Dizziness Handicap Inventory (DHI) como variable de medición. El DHI es una herramienta de medición válida y confiable para cuantificar la autopercepción de la discapacidad en sujetos con vértigo, mareo o inestabilidad y su impacto en actividades de la vida diaria.⁷ Estudios previos han demostrado una mayor correlación del DHI con el DGI en comparación con las pruebas de equilibrio estático tales como el *single-leg stance test*.⁸ En este punto, el DHI se convierte en un aliado para evidenciar las limitaciones cotidianas de estos sujetos para evitar caídas. A partir de allí, dichas limitaciones son incorporadas en los objetivos del tratamiento. Además, a diferencia de otras escalas, el DHI se encuentra validada y adaptada culturalmente en nuestro país, lo que la hace propicia para ser utilizada en la investigación. Considero que hubiera sido un valor fundamental para evaluar la percepción cotidiana de los sujetos y comprobar las compensaciones por sintomatología.

Por otro lado, los/as autores/as refieren que 58 sujetos de su muestra refirieron al vértigo como síntoma guía al inicio de la rehabilitación. El VPPB, como se menciona anteriormente, representa la causa más común de vértigo. Los impactos en la clínica y en la calidad de vida del VPPB no diagnosticado y no tratado pueden estar lejos de ser “benignos”, ya que los sujetos con VPPB tienen un mayor riesgo de caídas y deterioro en el desempeño de las actividades diarias.⁹ En este sentido, considero fundamental la realización de maniobras diagnósticas como Dix Hallpike o Roll Test en la evaluación inicial, además del examen oculomotor y vestibuloocular para aquellos pacientes que refieren vértigos posicionales como principal sintomatología, ya que esta entidad puede incluso coexistir con otros trastornos y es

necesario el reposicionamiento antes de cualquier otra evaluación funcional. No queda claro si este aspecto fue tenido en cuenta por los autores en la evaluación inicial.

Considero importante, para próximos estudios y tomando este como puntapié, relacionar en una muestra homogénea la influencia del tiempo de evolución de los síntomas con el tiempo necesario de rehabilitación y los cambios en las variables estudiadas.

El abordaje de los pacientes de un modo interdisciplinario entre otorrinolaringólogos y/o otoneurólogos con el servicio de kinesiología es una pieza clave para su atención temprana, favoreciendo la detección y tratamiento precoz de los trastornos funcionales crónicos como el mareo postural perceptual persistente (MPPP), cuyo precipitante más común son los desórdenes vestibulares.¹⁰ Encuentro en este tipo de trabajo, una manera clara y objetiva de visibilizar esta situación dentro del equipo de salud y propiciar medidas que busquen redimir esta situación.

Vuelvo a felicitar a los/as autores/as y deseo que este trabajo sea un impulso para tomar conciencia de la importancia de la detección temprana en las patologías vestibulares, disminuyendo así su impacto funcional en la vida diaria de estos sujetos.

Referencias

1. Neuhauser HK. The epidemiology of dizziness and vertigo. *Handb Clin Neurol*. 2016;137:67-82.
2. von Brevern M, Radtke A, Lezius F, Feldmann M, Ziese T, Lempert T, et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007 Jul;78(7):710-5.
3. Whitney SL, Hudak MT, Marchetti GF. The dynamic gait index relates to self-reported fall history in individuals with vestibular dysfunction. *J Vestib Res*. 2000;10(2):99-105.
4. Magnani PE, Porto JM, Genovez MB, Zanellato NFG, Alvarenga IC, Dos Santos PF, et al. What is the best clinical assessment tool for identification of adults aged ≥ 80 years at high risk of falls? *Physiotherapy*. 2021 Mar;110:63-69.
5. Dye DC, Eakman AM, Bolton KM. Assessing the validity of the dynamic gait index in a balance disorders clinic: an application of Rasch analysis. *Phys Ther*. 2013 Jun;93(6):809-18.
6. Marchetti GF, Lin CC, Alghadir A, Whitney SL. Responsiveness and minimal detectable change of the dynamic gait index and functional gait index in persons with balance and vestibular disorders. *J Neurol Phys Ther*. 2014 Apr;38(2):119-24.
7. Caldara B, Asenzo AI, Brusotti Paglia G, Ferreri E, Gomez RS, Laiz MM, et al. Adaptación cultural y validación del Dizziness Handicap Inventory: versión Argentina [Cross-cultural adaptation and validation of the Dizziness Handicap Inventory: Argentine version]. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2012 Mar-Apr;63(2):106-14. Spanish.
8. Vereeck L, Truijen S, Wuyts FL, Van de Heyning PH. The dizziness handicap inventory and its relationship with functional balance performance. *Otol Neurotol*. 2007 Jan;28(1):87-93.
9. Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, Edlow JA, El-Kashlan H, Fife T, et al. Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017 Mar;156(3_suppl):S1-S47.
10. Staab JP, Eckhardt-Henn A, Horii A, Jacob R, Strupp M, Brandt T, et al. Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): Consensus document of the committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society. *J Vestib Res*. 2017;27(4):191-208.



Argentinian Journal of Respiratory and Physical Therapy by AJRPT is licensed under a **Creative Commons Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional License**. Creado a partir de la obra en www.ajrpt.com. Puede hallar permisos más allá de los concedidos con esta licencia en www.ajrpt.com

Citar este artículo como: Rivera MF. Comentario a Valdez MCG et al., "Tiempo de evolución y riesgo de caídas en sujetos que ingresan a rehabilitación vestibular en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Estudio descriptivo". *AJRPT*. 2022;4(1):46-48.

Participe en nuestra revista



Lo invitamos a visitar e interactuar a través de la página
www.ajrpt.com

