26a Semana de la Salud Ocupacional

TENDENCIAS QUE MUEVEN EL MUNDO

MAREO, VÉRTIGO Y DESEQUILIBRIO: UN ENFOQUE DESDE LAS PRUEBAS VESTIBULARES Y LA REHABILITACIÓN VESTIBULAR

Organiza:

CORPORACIÓN DE SALUD OCUPACIONAL Y AMBIENTAL

OBJETIVO

26a Semana de la Salud Ocupacional
TENDENCIAS QUE MUEVEN EL MUNDO

Reconocer el impacto laboral de las afecciones vestibulares y la importancia de las pruebas y la rehabilitación vestibular.

MAREO, VÉRTIGO Y DESEQUILBRIO

26a Semana de la Salud Ocupacional
TENDENCIAS QUE MUEVEN EL MUNDO

Mareo, Vértigo y Desequilibrio

http://www.segurmaniazurekin.eus/vidas-seguras/reconoces-las-diferencias-entre-vertigo-y-mareo/

HABLEMOS DE ESTADÍSTICAS

Las alteraciones del equilibrio, queja común de la población llegando a constituir hasta el 30% de los motivos de consulta general.

Afectando más del 50% de la población adulta mayor.

La prevalencia de vértigo periférico a lo largo de la vida es del 7.4%.

Jalil,José M., Castro, Mónica C., Pérez, Diana P. , Sánchez, Daniel. , Martínez,Damián. Perfil clínico y poblacional de pacientes con vértigo. Perfil clínico y poblacional de pacientes con vértigo. Clínica Occidente de Otorrinolaringología, Medellín, Colombia. Rev. Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello. 2014; 42(3): 152-157os.

MAREO, VÉRTIGO Y DESEQUILBRIO

26a Semana de la Salud Ocupacional
TENDENCIAS QUE MUEVEN EL MUNDO

Mareo, Vértigo y Desequilibrio

HABLEMOS DE ESTADÍSTICAS

Hasta el 80% de los pacientes pueden permanecer sin una etiología clara y el 88% pueden presentar reincidencia.

El 80% de las personas afectadas por algún tipo de vértigo consulta por esta causa, interrumpe sus actividades diarias o tiene **incapacidad laboral.**

De los pacientes que consultan por caídas de causa desconocida, el 80% tiene compromiso vestibular y el 40% refieren vértigo

Más del 10% de los adultos en edad laboral reportan algún grado de discapacidad relacionado con los mareos.

Jalil,José M., Castro, Mónica C., Pérez, Diana P. , Sánchez, Daniel. , Martínez,Damián. Perfil clínico y poblacional de pacientes con vértigo. Perfil clínico y poblacional de pacientes con vértigo. Clínica Occidente de Otorrinolaringología, Medellín, Colombia. Rev. Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello. 2014; 42(3): 152-157os.

Organiza:

CORPORACIÓN DE SALUD OCUPACIONAL Y AMBIENTAL

26a Semana de la Salud Ocupacional

TENDENCIAS QUE MUEVEN EL MUNDO

MAREO, VÉRTIGO Y DESEQUILIBRIO: Una mirada cercana al Sistema Vestibular

Sistema Vestibular

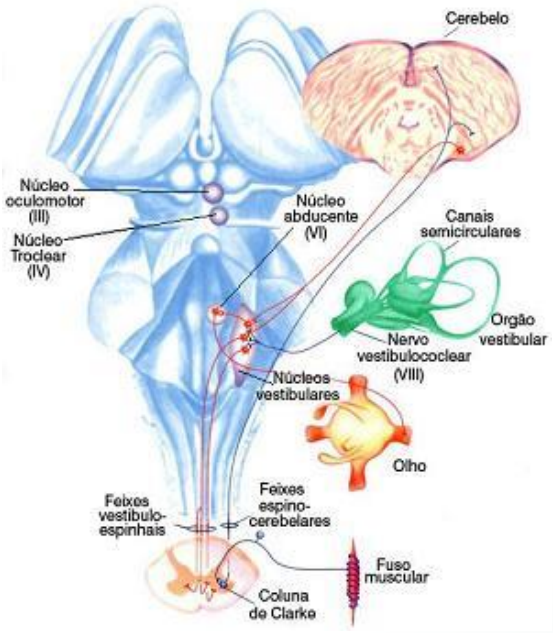
https://www.opticalaserna.es/es/saber-mas/conceptos-basicos-de-audiologia/

Laberinto Posterior:

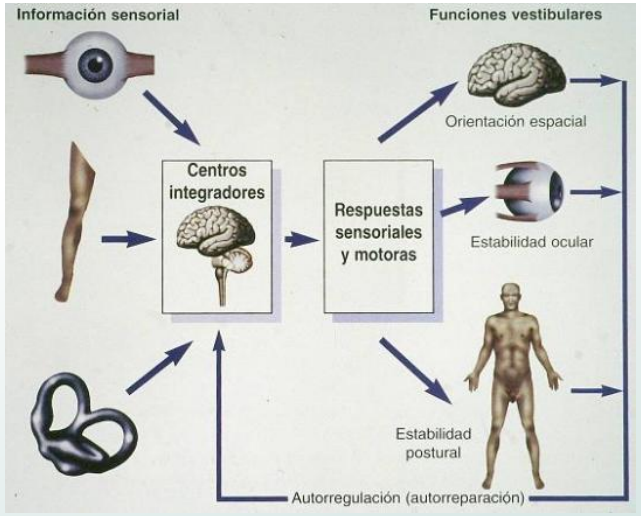
5 órganos Otolíticos:

- 3 Canales semicirculares
- Utrículo
- Sáculo
- Informan sobre los movimientos lineales del cuerpo y aceleraciones angulares de la cabeza en los diferentes planos del espacio.

Equilibrio corporal



https://www.centroequilibra.com/uploads/2/1/2/3/2123449/sistema_vestibular_central-_n%C3%BAcleos_vestibulares.pdf



https://www.sorderayvertigo.com/saber-mas-sordera-y-vertigo/vertigo-y-equilibrio/

SISTEMA VESTIBULAR

Permite que el individuo se adapte al medio, controlando la estabilidad visual y corporal por medio de reflejos

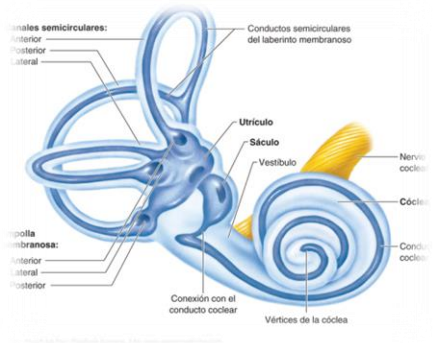
Reflejo Vestíbulo-ocular (VOR)

Reflejo Vestíbulo Espinal (VER)

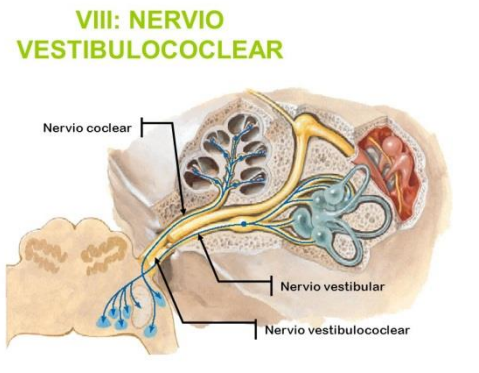
Equilibrio humano: Permite nuestro movimiento en el espacio

Mareo, Vértigo y Desequilibrio: Trastornos del equilibrio corporal

Vestibulopatía Periférica

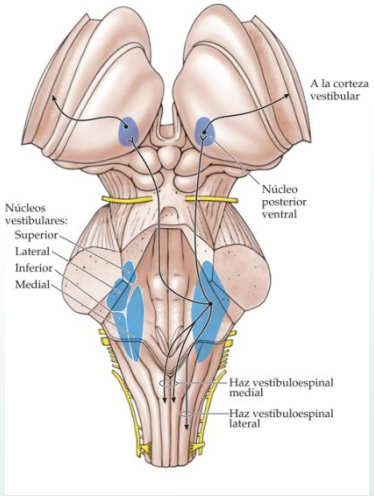


https://www.slideshare.net/ruizcrespoe/expo-oido-vestibular/15?smtNoRedir=1



http://alejanraboerr.blogspot.com/2017/11/8-par-craneal.html

Vestibulopatía Central



https://www.psicologia-online.com/como-funciona-el-cerebro-humano-4959.html

Cuando los receptores vestibulares o sus vías fallan, dan información errónea al sistema nervioso central, la sensación del individuo puede variar desde un mareo vago e inespecífico, a un vértigo intenso e incapacitante, así como producir desorientación espacial y caídas

Mareo, Vértigo y Desequilibrio: Trastornos del equilibrio corporal

Disfunciones Vestibulares como consecuencia de la actividad laboral, y el impacto en su re- integro laboral

Riesgo de inseguridad

Riesgo Psicosocial

http://consultingperu.com.pe/wp-content/uploads/2018/04/trabajos-carreras.jpg

Mareo, Vértigo y Desequilibrio: Síntomas Vestibulares

El mareo es un término inespecífico que engloba un amplio grupo de síntomas.

Es uno de los síntomas más comunes en el mundo, puede afectar a personas de ambos sexos y cualquier grupo etario.

El vértigo es el tipo más común, y el síntoma principal es la sensación de rotación y la desorientación espacial.

El mareo, vértigo puede ser de origen periférico o central

https://www.ellitoral.com/index.php/id_um/223195-es-lo-mismo-vertigo-que-mareo-columna-de-neurociencias-informacion-general.html

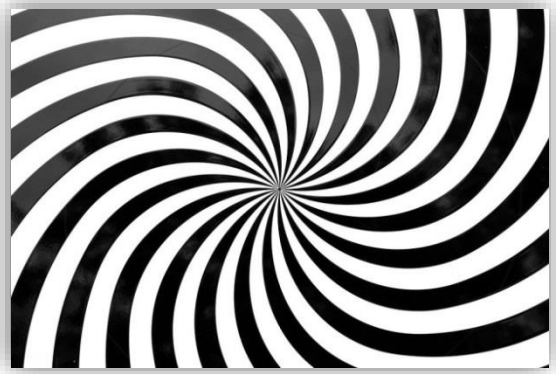
https://amadag.com/diferencia-entre-mareos-y-vertigos/

Mareo, Vértigo y Desequilibrio: Síntomas Vestibulares

Vértigo

Presenta una forma aguda, en el que las crisis son repentinas; duran segundos hasta días, puede estar acompañado de pérdida auditiva y trastornos neurovegetativos

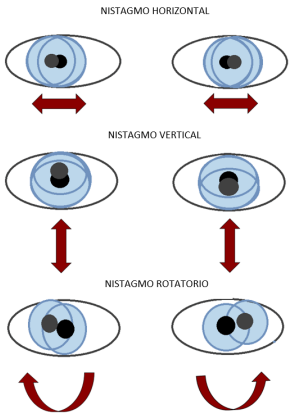
La forma crónica, en la que las crisis son intermitentes o constantes, que varían de leves a graves y tienen un impacto variable en la calidad de vida de los pacientes



Nistagmo: Signo Vestibular

Es la oscilación rítmica e involuntaria de los ojos, usualmente se presenta en ambos ojos pero no es la norma

- NISTAGMO
  - PERIFÉRICO (Vestibular)
    - Usualmente es horizontal
    - Se nombra según la dirección de la fase rápida y de acuerdo a los planos vertical u horizontal
  - CENTRAL:
    YAW: Nistagmus horizontal
    ROLL: Nistagmus Torsional
    PITCH: Nistagmus Downbeat/upbeat
    - No tienen periodo de latencia, baten hacia cualquier oído, no se agota, ni se fatiga y pueden ser torsionales puros, vertical (DOWNBEAT Y UPBEAT)



https://icrcat.com/el-nistagmo/

Mareo, Vértigo y desequilibrio: Personas con afecciones vestibulares

- Dolor de cabeza y cervicalgia
- Sensibilidad mayor al ruido y a las luces fuertes
- Cansancio
- Perdida de fuerza
- Falta de concentración

Mareo, Vértigo y desequilibrio

Realmente, el mareo puede interferir con la calidad de vida, ya que puede conducir a discapacidad parcial o total del individuo en el desempeño de sus actividades.

Los mareos pueden generar inseguridad física y, como consecuencia, causar inseguridad psicológica, pánico, ansiedad e incluso depresión, lo que requiere por lo tanto, intervenciones terapéuticas apropiadas, incluida la REHABILITACIÓN VESTIBULAR .

Aunque muchos desordenes vestibulares son tratables, algunas personas con estos desordenes encuentran que no pueden hacer trabajos a tiempo completo o incluso medio tiempo

Organiza:

CORPORACIÓN DE SALUD OCUPACIONAL Y AMBIENTAL

26a Semana de la Salud Ocupacional

TENDENCIAS QUE MUEVEN EL MUNDO

MAREO, VERTIGO Y DESEQUILIBRIO: Pruebas Vestibulares

Pruebas Vestibulares

Conocer las características clínicas de los pacientes con trastornos del equilibrio es imprescindible para dilucidar los diagnósticos y ofrecer el mejor tratamiento.

Pruebas Objetivas

Pruebas Funcionales

Evaluación Fisioterapéutica

Pruebas Vestibulares : Objetivas

Dentro de las pruebas vestibulares de tipo objetivo se encuentran:		
-Las otoemisiones acústicas -Los potenciales evocados auditivos. -La videooculonistagmografía. -Pruebas Calóricas -La posturografía computarizada.	-Los potenciales evocados miogénicos vestibulares (por sus siglas en ingles VEMPS) -La electrococleografía, -El procedimiento de evaluación de la hidropesía coclear (por sus siglas en ingles CHAMP)	Otros complementarios de tipo radiológico como: la exploración por imágenes, la tomografía computarizada (TM) y la resonancia magnética (RM) entre otros.

Permiten precisar en el diagnóstico vestibular descartando y/o enfatizando en algunas estructuras o sistemas específicos

Pruebas Vestibulares Funcionales: DHI

Las pruebas de tipo subjetivo basadas en nominaciones o listas de características en las que el especialista o paciente debe identificar el impacto del trastorno de la función vestibular en su equilibrio y cuantificar la disfunción del balanceo e inestabilidad.

Dizziness Handicap Inventory (DHI) conocido en el idioma español como Inventario de Discapacidad por Vértigo (DHI) es el más usado a nivel mundial

- El DHI está compuesto por 25 preguntas
- Pertenecen a tres subescalas (emocional, funcional y física)
- En la misma línea, el DHI es un cuestionario práctico, demanda poco tiempo para completarlo.
- los reactivos son fáciles de comprender y se considera actualmente como el estándar
- La confiabilidad para pacientes con disfunción vestibular fue alta (r = 0.97)

Pruebas Vestibulares Subjetivas: DHI

Subescala	N°	Preguntas especificas	Puntaje máximo
Emocional	9	2,9,10,15,18,20,21,22,23	36
Funcional	9	3,5,6,7,12,14,16,19,24	36
Física	7	1,4,8,11,13,17,25	28

Opción de respuesta	Puntuación
Siempre	4 puntos
A veces	2 puntos
Nunca	0 puntos

Inventario de Discapacidad por Vértigo (2009)
DHI- Versión traducida al Español Colombiano

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Opciones de Respuesta (Valores):
Responder siempre = 4 puntos Responder a veces = 2 puntos Responder nunca = 0 puntos.

- **Aspecto emocional**

N°	Ítem	Siempre	A veces	Nunca
1	¿Se siente frustrado o limitado debido a sus síntomas?			
2	¿Le causa temor salir de su casa sin tener quien lo acompañe debido a sus síntomas?			
3	¿Ha decaído su ánimo frente a otros por sus síntomas?			
4	¿Teme que la gente pueda pensar que está ebrio o borracho, debido a sus síntomas?			
5	¿Es difícil para Ud. Concentrarse debido a sus síntomas?			
6	¿Teme quedarse sólo en casa debido a sus síntomas?			
7	¿Se siente discapacitado debido a sus síntomas?			
8	¿Ha tenido dificultades en sus relaciones con miembros de su familia o amigos debido a sus síntomas?			
9	¿Ha decaído su ánimo debido a sus síntomas?			

Resultado_____

- **Aspecto emocional**

N°	Ítem	Siempre	A veces	Nunca
1	¿Cuando mira hacia arriba se incrementan sus síntomas?			
2	¿Al caminar por el pasillo de un supermercado se incrementan sus síntomas?			
3	¿El realizar actividades como deportes o tareas domesticas (barrer o guardar los platos), incrementa sus síntomas?			
4	¿Hacer movimientos rápidos de su cabeza, incrementa sus síntomas?			
5	¿Cuando se voltea o cuando se da vuelta en la cama se incrementan sus síntomas?			
6	¿Al caminar por el andén incrementa sus síntomas?			
7	¿Al inclinarse o al agacharse se incrementan sus síntomas?			

Resultado_____

- **Aspecto emocional**

N°	Ítem	Siempre	A veces	Nunca
1	¿Cuando mira hacia arriba se incrementan sus síntomas?			
2	¿Al caminar por el pasillo de un supermercado se incrementan sus síntomas?			
3	¿El realizar actividades como deportes o tareas domesticas (barrer o guardar los platos), incrementa sus síntomas?			
4	¿Hacer movimientos rápidos de su cabeza, incrementa sus síntomas?			
5	¿Cuando se voltea o cuando se da vuelta en la cama se incrementan sus síntomas?			
6	¿Al caminar por el andén incrementa sus síntomas?			
7	¿Al inclinarse o al agacharse se incrementan sus síntomas?			

Resultado_____

Subescala	Puntuación	Interpretación
Emocional	0 - 14	Ausencia de discapacidad
	15 - 24	Discapacidad Moderada
	25 o +	Discapacidad Severa
Funcional	0 - 14	Ausencia de discapacidad
	15 - 24	Discapacidad Moderada
	25 o +	Discapacidad Severa
Física	0 - 9	Ausencia de discapacidad
	10 - 16	Discapacidad Moderada
	17 o +	Discapacidad Severa

Walteros, Diana; Bernal, Elizabeth; Pineda, Ángela Marcela; Oliveros, Juan Carlos; Guerrero, Adrián; Validez y confiabilidad del DHI versión colombiana, Fonoaudiología iberoamericana, sección investigativa, 2009: 122-138

Evaluación fisioterapéutica

La Anamnesis y la exploración física tienen un papel muy definido en el diagnostico de los trastornos del equilibrio

Es importante enseñarle al paciente a diferenciar entre un mareo o vértigo.

Datos a obtener en la anamnesis

- ¿Existe sensación de movimiento?
- -Tiempo de evolución
- Provocación de los síntomas
- Duración de las crisis
- Síntomas asociados
- Antecedentes: medicación

Evaluación fisioterapéutica

La evaluación del paciente con mareo, vértigo o desequilibrio debe ser minuciosa y llevarse a acabo de una manera metódica para explorar los tres sistema involucrados en el equilibrio (Vestibular, visual y somatosensorial)

El estudio de la función vestibular se basa fundamentalmente en:

- Exploración óculo motora
- Exploración del reflejo vestíbulo-ocular(VOR)
- Exploración del Reflejo Vestíbulo-Espinal (VER): Estático y dinámico
- Pruebas posicionales: VPPB (Vértigo Posicional Paroxístico Benigno)

Evaluación fisioterapéutica: Exploración óculo-motora

Es evaluado en una habitación con luz y también con la visión bloqueada utilizando lentes de frenzel o cámara de video infrarroja.

Es tomado para identificar la naturaleza de un desorden vestibular periférico y para identificar posibles anomalías vestibulares u oculomotoras de origen central

- Nistágmos espontáneo
- Nistágmos semiepontáneo
- Sácadicos
- Movimiento Ocular

Evaluación fisioterapéutica: Exploración óculo-motora

NISTAGMOS ESPONTÁNEOS

Paciente sentado, con los ojos abiertos y la mirada en posición primaria, pedir que mire un punto fijo a unos 50cm de distancia y ver si aparece.

LA PRESENCIA DE NISTAGMOS SIEMPRE ES PATOLÓGICO

LESIÓN PERÍFERICA	LESIÓN CENTRAL
• Nistagmo en resorte unidireccional • Horizontal u horizonte-rotatorio • Fase lenta hacia el lado hipovalente • Movimiento conjungado de ambos ojos (en el mismo plano y sentido)	• Uni o multidireccional (pueden ser nistagmus en resorte o pendulares) • Vertical, horizontal o rotatorio. • Fase lenta en cualquier sentido • Movimientos oculares conjugados o disociados

Evaluación fisioterapéutica: Exploración óculo-motora

Nistagmos Semiespontáneo (Nistagmo direccional o evocado por la mirada)

De la posición primaria de la mirada, se hace mirar hacia derecha, izquierda, arriba y abajo, sin que exceda los 30° de desviación (para evitar la aparición del nistagmo de la mirada extrema que puede ser fisiológico).

- Al dirigir la mirada hacia cualquier lado, se produce un movimiento lento centrípeto, seguido de una fase rápida para recuperar la posición deseada.

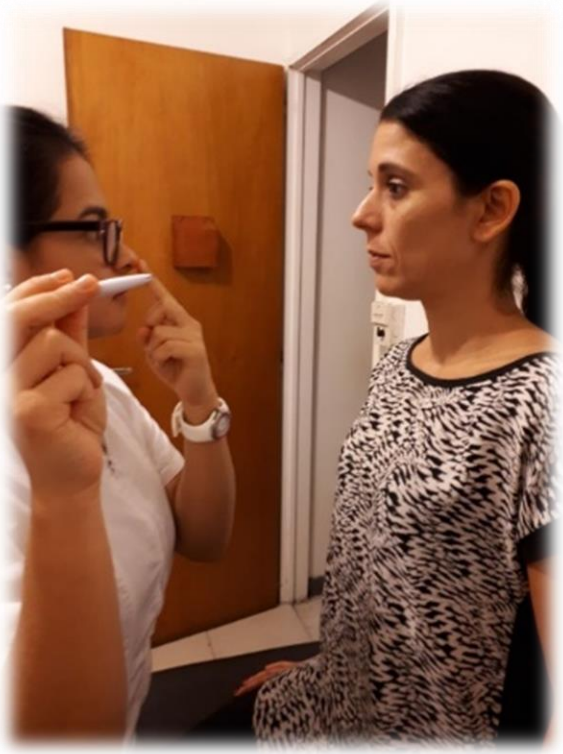
Lesión periférica: el nistagmo siempre horizontal

Lesión central: cualquier dirección

Evaluación fisioterapéutica: Exploración óculo-motora

Sacádicos

Los sacádicos son movimientos rápidos y precisos de los ojos, que son utilizados para cambiar la mirada de un lado a otro



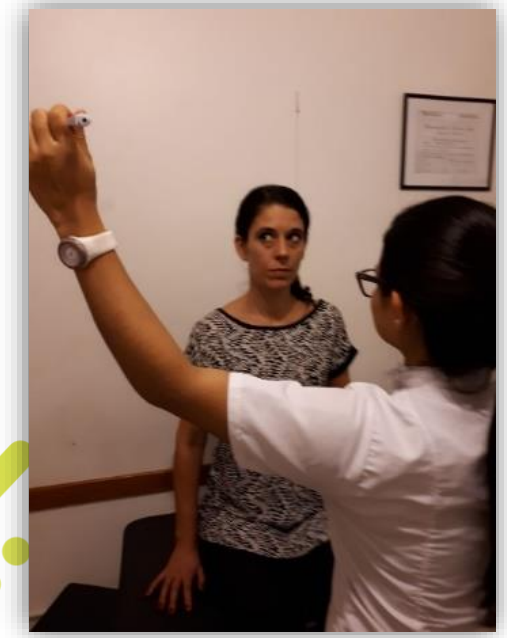
Para evaluar estos movimientos se le pide al paciente que lleve alternamente su mirada entre dos objetivos, generalmente la nariz y el dedo del examinador.

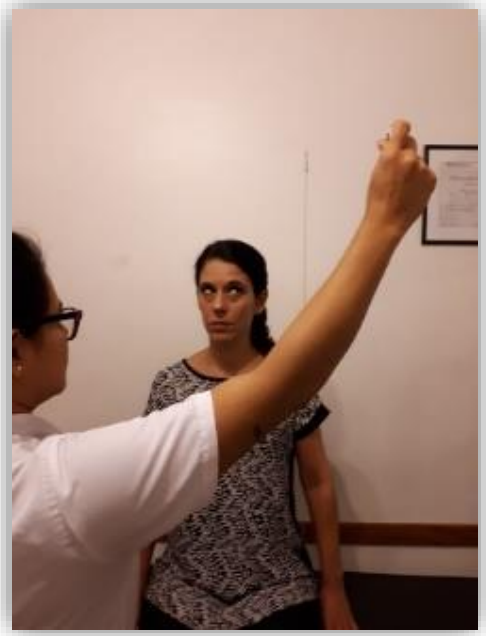
Sácadicos anormales pueden representar lesiones en varias áreas: Cerebro, cerebelo, músculos extraoculares, unión neuromuscular, oftalmoplejia internuclear .

Evaluación fisioterapéutica: Exploración óculo-motora

Movimiento Ocular

El sistema motor ocular es el encargado de mover los ojos y comprende los núcleos oculomotores.
Los músculos extra oculares u oculares extrínsecos





Este test se puede simplificar pidiéndole al paciente que siga con su mirada el movimiento lento del dedo del examinador a más o menos 90 cm de los ojos del paciente y teniendo si cuidado que el desplazamiento del dedo, no exceda los 60° en sentido vertical y horizontal.

Interpretación: En las lesiones del tronco cerebral y cerebelo pueden observarse repetidas sacadas oculares en que el ojo parece perder el objeto en seguimiento y lo corrige con pequeñas sacadas.

Evaluación fisioterapéutica: Exploración del VOR

Reflejo vestíbulo-ocular (VOR): Es un reflejo que mantiene la estabilidad de la mirada durante los movimientos cefálicos a fin de mantener la agudeza visual dinámica.

- VOR LENTO
- TEST DEL IMPULSO CEFÁLICO / HEAD THRUST TEST
- TEST AGITACIÓN CEFÁLICA / HEAD-SHAKING TEST
- CANCELACIÓN DEL VOR

Evaluación fisioterapéutica: Exploración del VOR

VOR LENTO:

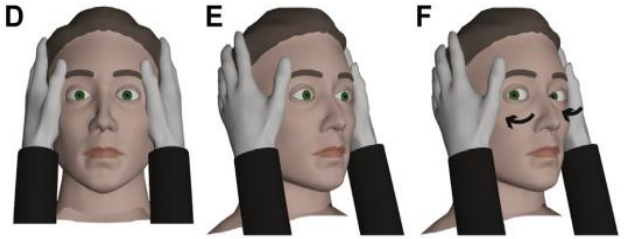
- Patológico: hay una disminución de la ganancia VOR. Al mover la cabeza hacia el lado hipovalente, los ojos no mueven en sentido contrario o lo hacen en menor magnitud, lo cual se corrige con movimientos sacádicos hacia el oído sano para mantener el objeto en la fóvea.

Evaluación fisioterapéutica: Exploración del VOR

TEST DE IMPULSO CEFÁLICO/HEAD THRUST TEST

Si hay hipofunción vestibular , el ojo pierde su objetivo visual, por lo que deja de estar fijo en nuestra nariz.

Al cesar el giro, entra en acción el sistema retino-ocular, y se producen sacadas correctoras, muy visibles, hacia el lado sano, que vuelven a fijar los ojos en nuestra nariz.



Evaluación fisioterapéutica: Exploración del VOR

TEST DE AGITACIÓN CEFÁLICA/HEAD-SHAKING TEST

Patológico: más de 5 nistagmos durante más de 10 segundos. Si es periférico, la dirección de los nistagmos corresponden al plano estimulado. Si es central, pueden no coincidir con el plano estimulado.

Evaluación fisioterapéutica: Exploración del VOR

CANCELACIÓN DEL VOR

Individuos (independientemente de la perdida vestibular) deberían ser capaces de mantener la fijación en el punto que se mueve en forma conjunta con ellos.

La pesquisa de un nistagmo en este test obedece como se señaló al mismo fenómeno fisiopatológico de la aparición de un nistagmus con la fijación ocular en la prueba debe sospecharse una lesión del flóculus cerebeloso, o del SNC, mientras no se encuentre otro origen.

Evaluación fisioterapéutica: Exploración del Reflejo Vestíbulo-Espinal (VER): Estático y dinámico

La finalidad de este reflejo es estabilizar el cuerpo. Es una compleja red de conexiones e involucra múltiples estrategias para prevenir la caída

Equilibrio Estático

- 4 Condiciones (CTSIB)
- Prueba unipodal

Equilibrio Dinámico

- Marcha de Fukuda
- Velocidad de la marcha Tlime up and Go

Evaluación fisioterapéutica: Exploración del Reflejo Vestíbulo-Espinal (VER): EQUILIBRIO ESTÁTICO

Prueba unipodal

https://doblekarma.com.ar/test-de-equilibrio-fisico/

- Evalúa el equilibrio y la fuerza muscular global de la extremidad inferior sustentante.

- Prueba positiva si:

a)mueve los brazos
b)el pie toca el suelo
c)junta las dos piernas.

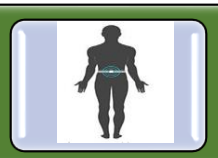
- Los adultos mayores con la PU menor a 30 segundos presentan mayor riesgo de caídas.

Evaluación fisioterapéutica: Exploración del Reflejo Vestíbulo-Espinal (VER): EQUILIBRIO ESTÁTICO

Modified clinical test of sensory interaction in balance (CTSIB-M): Test clínico de interacción sensorial y balance modificado (4 condiciones) 30 Segundos en cada condición.

Condición 1

- Todos los sistemas sensoriales (visión, somatosensorial y vestibular) disponibles para mantener el equilibrio.

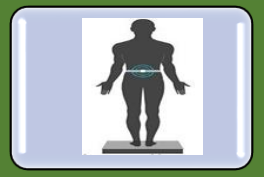


Condición 2

- La visión se ha eliminado
- El cuerpo solo cuenta con el sistema somatosensorial y vestibular para equilibrarse

Condición 3

- El sistema somatosensorial se ha comprometido/eliminado
- El cuerpo solo cuenta con el sistema visual y vestibular para equilibrarse

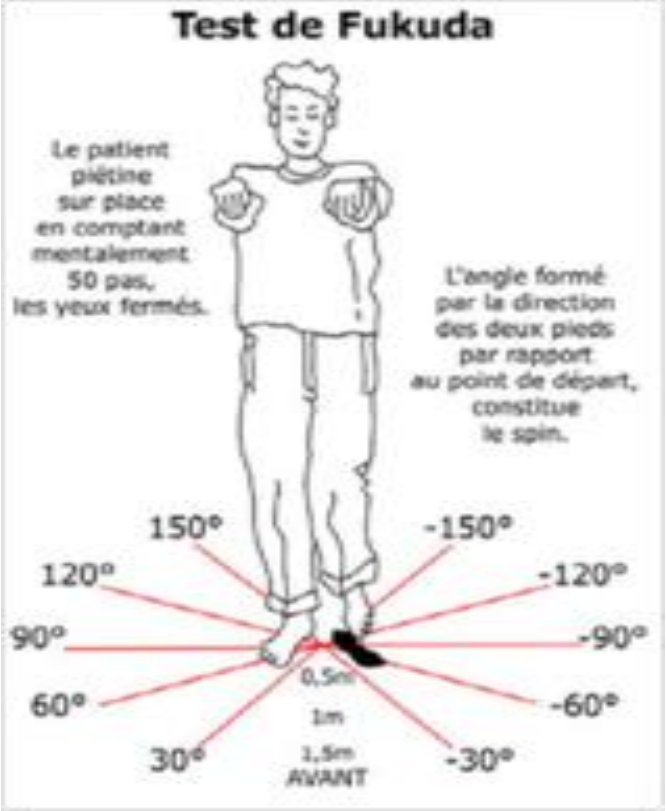


Condición 4

- La visión y el sistema somatosensorial se ha comprometido/eliminado
- El cuerpo solo cuenta con el sistema vestibular para equilibrarse

Evaluación fisioterapéutica: Exploración del Reflejo Vestíbulo-Espinal (VER): EQUILIBRIO DINÁMICO

MARCHA DE FUKUDA O UNTERBERGERE

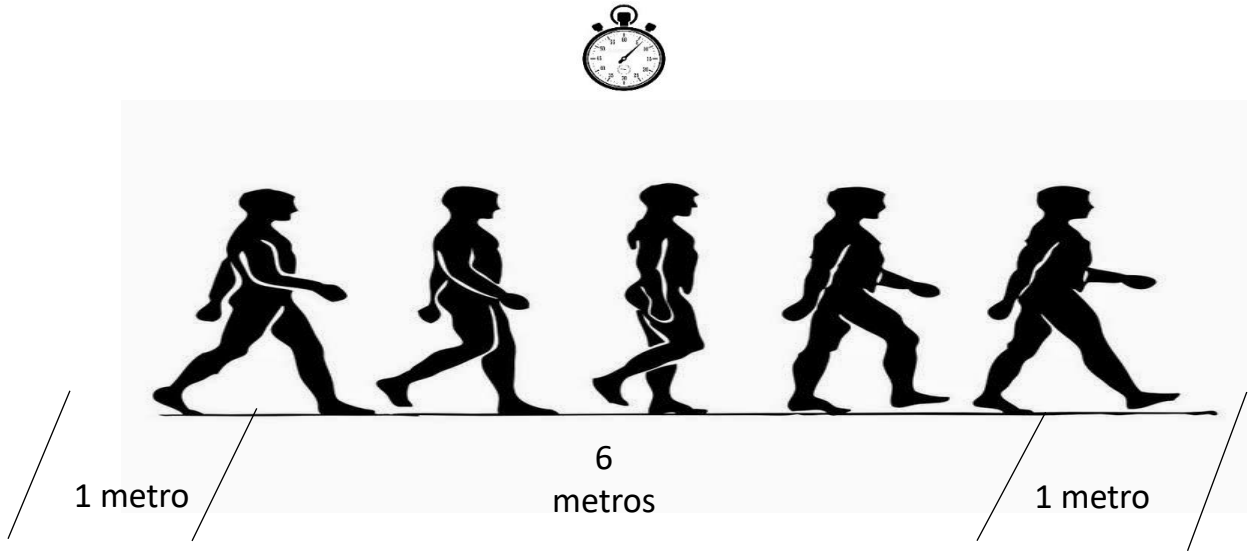


https://belladonnalilly.wordpress.com/2014/09/01/vppb/

- Marcha con ojos cerrados en el sitio a modo de soldado, a 50 pasos por minuto.
- Negativo: cuando se mantiene en posición firme al final de la prueba
- Positivo: Cuando existen desviaciones superiores a 45° o progresión hacia adelante mayor a 75 cms. (Hipofunción vestibular periférico= desviación hacia el lado de la lesión)
- Sensibilidad: 27,70%
- Especificidad: 79%

Evaluación fisioterapéutica: Exploración del Reflejo Vestíbulo-Espinal (VER): EQUILIBRIO DINÁMICO

VELOCIDAD DE LA MARCHA Y TIME UP-GO: Riesgo de caídas



Metros / segundos

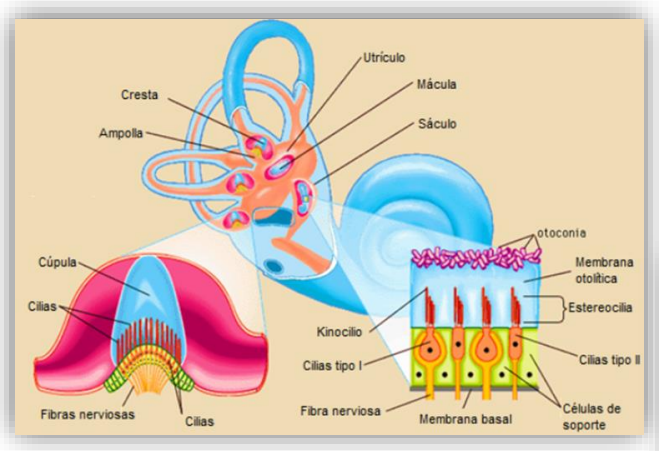
Valoración en segundos	
<10	Movilidad independiente
<20	Mayormente independiente
20-29	Movilidad variable
>29	Movilidad reducida

3 metros

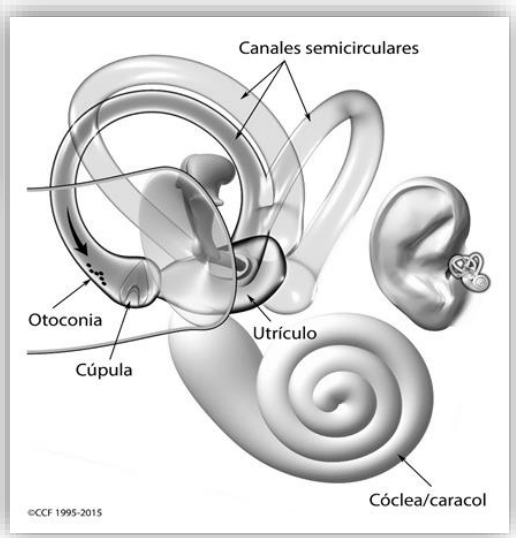
https://doblekarma.com.ar/test-de-equilibrio-fisico/

Evaluación fisioterapéutica: Pruebas posicionales: VPPB (Vértigo Posicional Paroxístico Benigno)

Vértigo Posicional Paroxístico Benigno (VPPB)



https://beautifulsci.wordpress.com/tag/oido-equilibrio-sentidos-animal/



http://www.clevelandclinic.org/health/sHIC/html/s11858.asp

El VPPB es un síndrome vestibular episódico secundario a un trastorno causado por la movilización de otoconias que se desprenden de la membrana otolítica del utrículo y se desplazan hacia los conductos semicirculares.

Evaluación fisioterapéutica: Pruebas posicionales: VPPB (Vértigo Posicional Paroxístico Benigno)

Vértigo Posicional Paroxístico Benigno (VPPB)

Es la causa más frecuente de vértigo vestibular episódico.

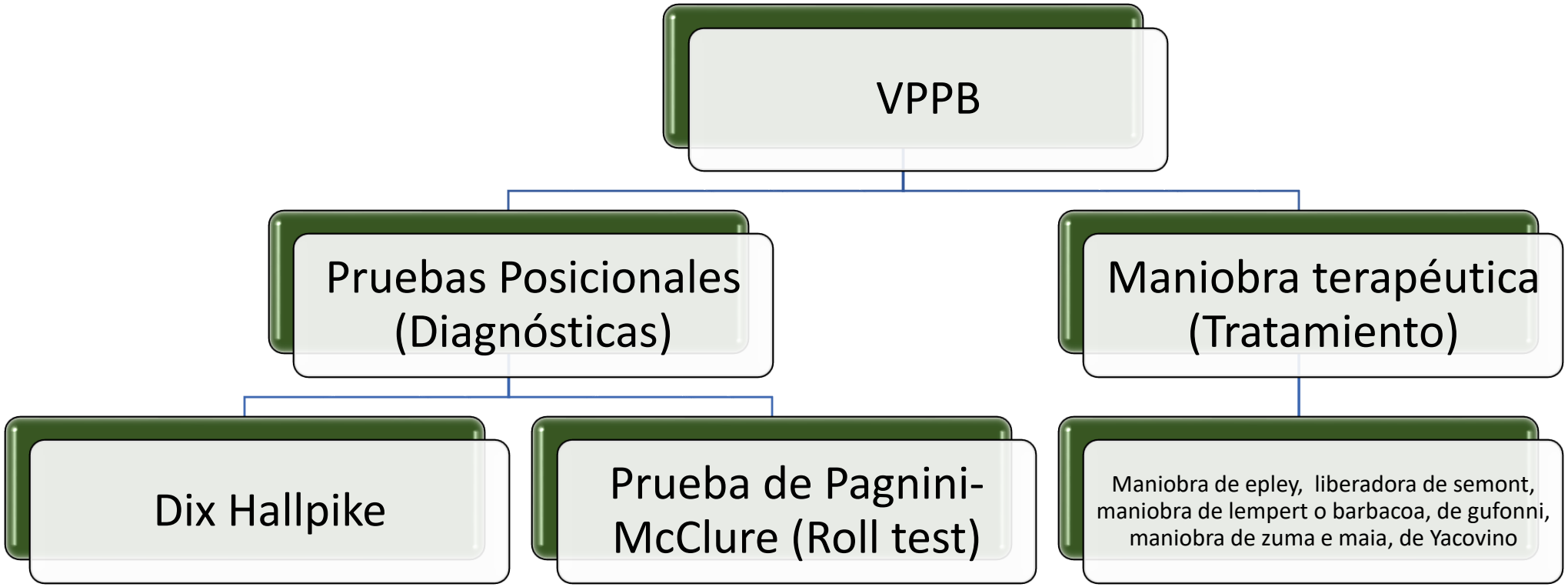
Acompañado de Nistagmo Inestabilidad, Náuseas y/o vómitos

Cada crisis dura aproximadamente entre 15 y 60 segundos precipitados por ciertos movimientos o cambio de posición de la cabeza.

Puede ser originado por causas como accidentes de transito (Latigazo Cervical), trauma cráneo encefalico, estrés, entre otros.

Evaluación fisioterapéutica: Pruebas posicionales: VPPB (Vértigo Posicional Paroxístico Benigno)

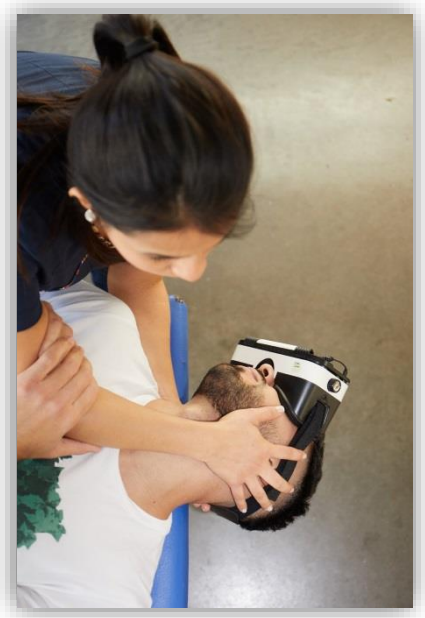
Vértigo Posicional Paroxístico Benigno (VPPB)

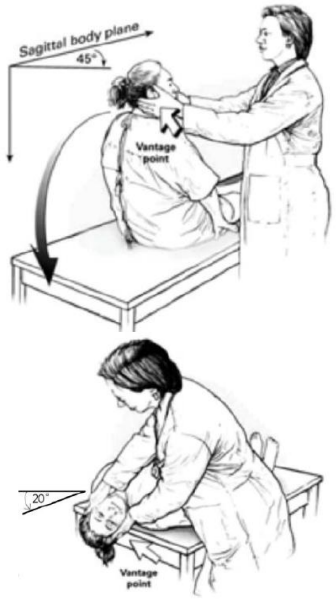


Evaluación fisioterapéutica: Pruebas posicionales: VPPB (Vértigo Posicional Paroxístico Benigno)

Vértigo Posicional Paroxístico Benigno (VPPB) Maniobras diagnosticas

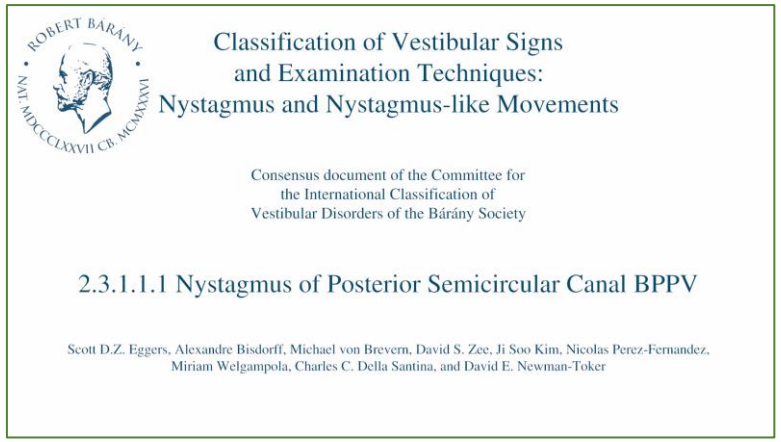
Prueba de Dix-Hallpike





https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0194599816689667

Canal Posterior y Canal Anterior


ROBERT BÁRÁNY
NAT. MDCCCLXXVII CB. MCMXXXVI

Classification of Vestibular Signs and Examination Techniques: Nystagmus and Nystagmus-like Movements

Consensus document of the Committee for the International Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society

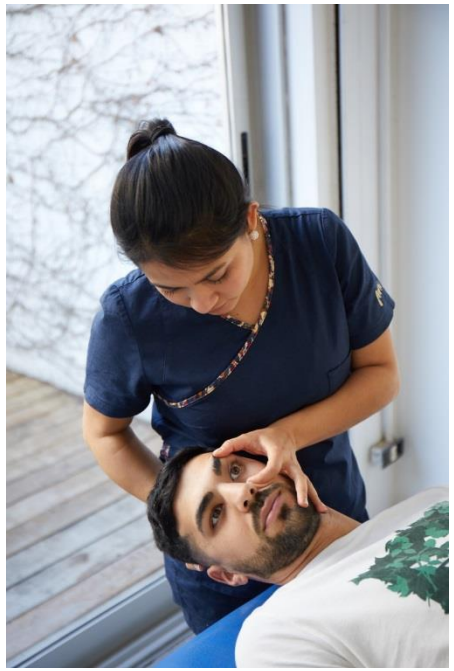
2.3.1.1.1 Nystagmus of Posterior Semicircular Canal BPPV

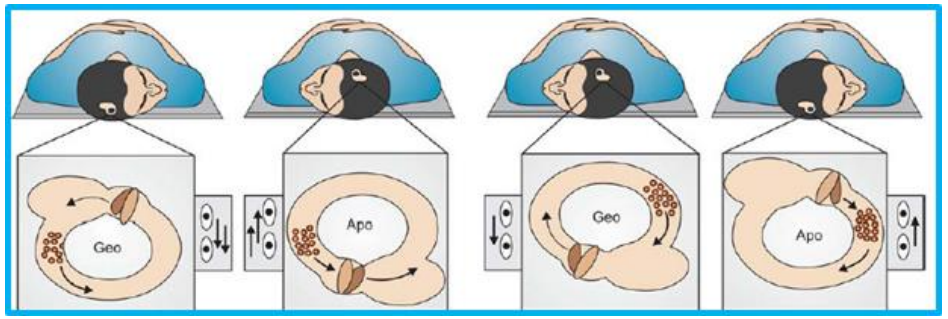
Scott D.Z. Eggers, Alexandre Bisdorff, Michael von Brevern, David S. Zee, Ji Soo Kim, Nicolas Perez-Fernandez, Miriam Welgampola, Charles C. Della Santina, and David E. Newman-Toker

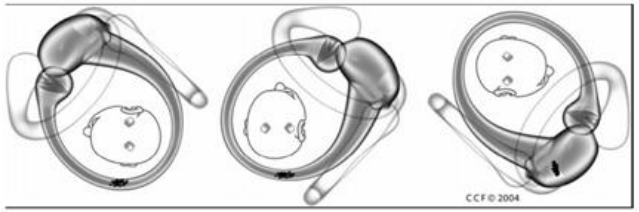
Evaluación fisioterapéutica: Pruebas posicionales: VPPB (Vértigo Posicional Paroxístico Benigno)

Vértigo Posicional Paroxístico Benigno (VPPB) Maniobras diagnosticas

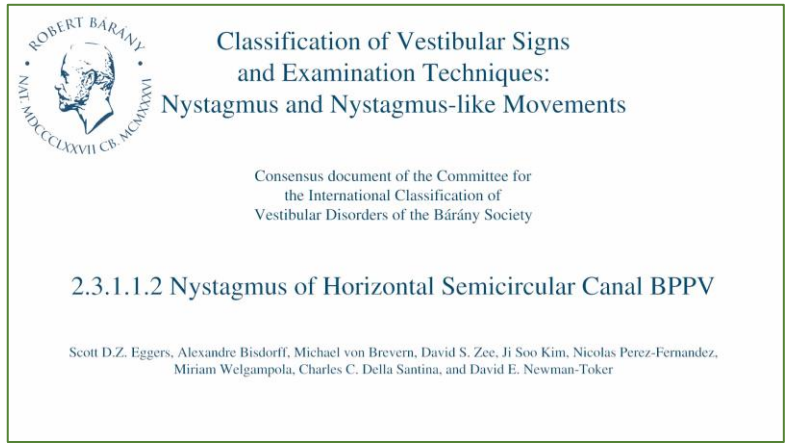
Prueba de Pagnini-McClure (Roll test)







Canal Horizontal


ROBERT BÁRÁNY
NAT. MDCCCLXXVII CB. MCMXXXVI

Classification of Vestibular Signs
and Examination Techniques:
Nystagmus and Nystagmus-like Movements

Consensus document of the Committee for
the International Classification of
Vestibular Disorders of the Bárány Society

2.3.1.1.2 Nystagmus of Horizontal Semicircular Canal BPPV

Scott D.Z. Eggers, Alexandre Bisdorff, Michael von Brevern, David S. Zee, Ji Soo Kim, Nicolas Perez-Fernandez,
Miriam Welgampola, Charles C. Della Santina, and David E. Newman-Toker

Organiza:

CORPORACIÓN DE SALUD OCUPACIONAL Y AMBIENTAL

26a Semana de la Salud Ocupacional

TENDENCIAS QUE MUEVEN EL MUNDO

MAREO, VERTIGO Y DESEQUILIBRIO: Rehabilitación Vestibular

Rehabilitación Vestibular

Es una forma de intervención terapéutica dirigida a pacientes que presentan disfunciones o enfermedades del sistema vestibular periférico y/o Núcleos vestibulares, incluyendo sus aferencias

La rehabilitación vestibular favorece la compensación central a través de ejercicios terapéuticos que intervienen en la modulación del proceso natural y espontaneo de compensación vestibular, llevando al paciente a una condición de bienestar.

- Novoa, Ignacio. Mecanismos neurofisiológicos de la rehabilitación vestibular, Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2019; 79: 240-247

Rehabilitación Vestibular

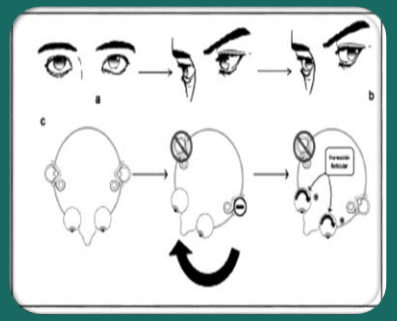
COMPENSACIÓN VESTIBULAR

ADAPTACIÓN

SUSTITUCIÓN

HABITUACIÓN

Rehabilitación Vestibular: Pilares fundamentales



- Adaptación del Reflejo Vestíbulo Ocular (VOR).
- Reeducación del equilibrio estático y dinámico.
- Ejercicios de habituación.
- Ejercicios de mantenimiento

REHABILITACIÓN VESTIBULAR

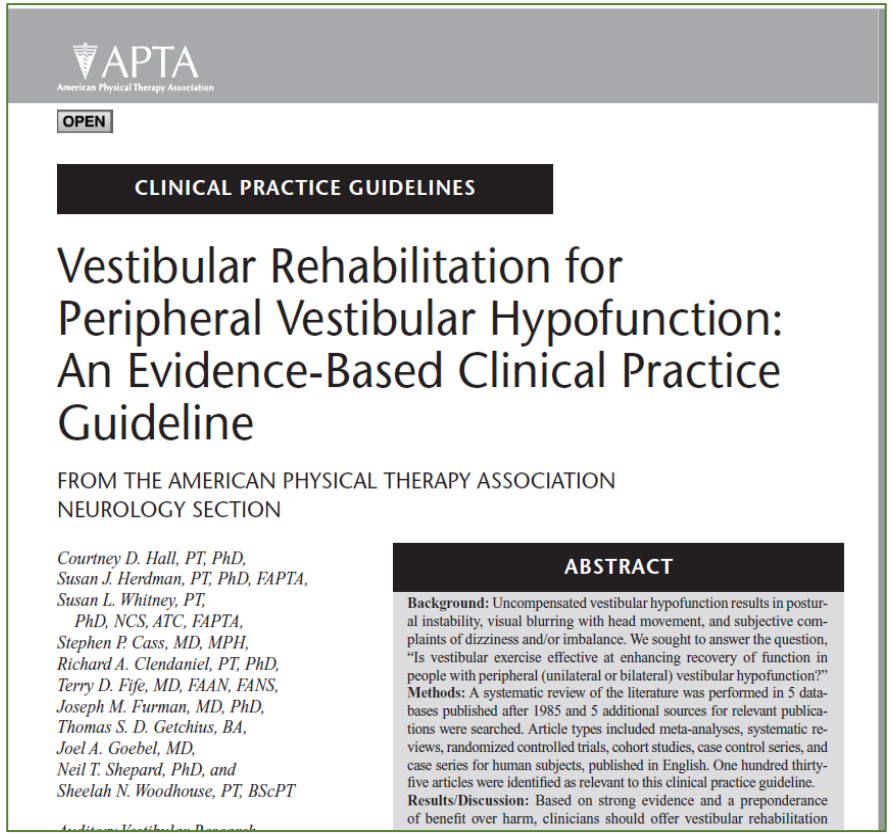
Reincorporación laboral después de una afección vestibular

Función residual

Clave :

Rehabilitación vestibular

REHABILTACION VESTIBULAR: Basada en evidencia científica



APTA
American Physical Therapy Association

OPEN

CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

Vestibular Rehabilitation for Peripheral Vestibular Hypofunction: An Evidence-Based Clinical Practice Guideline

FROM THE AMERICAN PHYSICAL THERAPY ASSOCIATION NEUROLOGY SECTION

Courtney D. Hall, PT, PhD, Susan J. Herdman, PT, PhD, FAPTA, Susan L. Whitney, PT, PhD, NCS, ATC, FAPTA, Stephen P. Cass, MD, MPH, Richard A. Clendaniel, PT, PhD, Terry D. Fife, MD, FAAN, FANS, Joseph M. Furman, MD, PhD, Thomas S. D. Getchius, BA, Joel A. Goebel, MD, Neil T. Shepard, PhD, and Sheelah N. Woodhouse, PT, BScPT

ABSTRACT

Background: Uncompensated vestibular hypofunction results in postural instability, visual blurring with head movement, and subjective complaints of dizziness and/or imbalance. We sought to answer the question, "Is vestibular exercise effective at enhancing recovery of function in people with peripheral (unilateral or bilateral) vestibular hypofunction?" **Methods:** A systematic review of the literature was performed in 5 databases published after 1985 and 5 additional sources for relevant publications were searched. Article types included meta-analyses, systematic reviews, randomized controlled trials, cohort studies, case control series, and case series for human subjects, published in English. One hundred thirty-five articles were identified as relevant to this clinical practice guideline. **Results/Discussion:** Based on strong evidence and a preponderance of benefit over harm, clinicians should offer vestibular rehabilitation

JNPT-Volume 40, april 2016

EFECTIVIDAD DE LA REHABILITACIÓN VESTIBULAR EN PERSONAS CON HIPOFUNCIÓN VESTIBULAR UNILATERAL AGUDA Y SUBAGUDA.

EFECTIVIDAD DE LA REHABILITACIÓN VESTIBULAR EN PERSONAS CON HIPOFUNCIÓN VESTIBULAR UNILATERAL CRÓNICA.

Una fuerte evidencia indica que la rehabilitación vestibular proporciona un beneficio claro y sustancial a los pacientes con hipofunción vestibular unilateral subaguda, así que, con la excepción de circunstancias atenuantes, rehabilitación vestibular debe ofrecerse a los pacientes que todavía están experimentando síntomas (p. ej., mareos, desequilibrio, movimiento sensibilidad y oscilopsia) o desequilibrio debido a unilateral hipofunción vestibular.

Los médicos deben ofrecer rehabilitación vestibular a los pacientes con hipofunción vestibular unilateral aguda o subaguda.
(Calidad de la evidencia: I; fuerza de la recomendación: fuerte)

26a Semana de la Salud Ocupacional

TENDENCIAS QUE MUEVEN EL MUNDO

"Cuando el equilibrio se deteriora se ven afectados el movimiento, la concentración y la memoria"

MUCHAS GRACIAS!!!!

Organiza:

CORPORACIÓN DE SALUD OCUPACIONAL Y AMBIENTAL

www.corporacionsoa.co

Contacto

26a Semana de la Salud Ocupacional
TENDENCIAS QUE MUEVEN EL MUNDO

Alcira Rangel Sanguino

Fisioterapeuta Rehabilitación Vestibular

arfisiovestibular@gmail.com

@alcira.fisiovestibular

Alcira Rangel

alcira.fisiovestibular

BIBLIOGRAFÍA

- Leite, Ana., Siqueira, Matheus.,Seizo, Marcos., Vieira, Ana Claúdia.,Figueiredo, Ana Cláudia.. Dizziness Handicap Inventory - in a group of patients undergoing customized vestibular rehabilitation. Rev. CEFAC. 2015.17(3),792-800.

- Aparecida, Célia., Oriani, Andrea.,Farias, Rosilene..Associação entre estresse, depressão e tontura: uma breve revisão. Rev. Equilíbrio Corporal e Saúde, 2009,1:33-45.

- Jalil,José M., Castro, Mónica C., Pérez, Diana P. , Sánchez, Daniel. , Martínez,Damián. Perfil clínico y poblacional de pacientes con vértigo. Perfil clínico y poblacional de pacientes con vértigo. Clínica Occidente de Otorrinolaringología, Medellín, Colombia. Rev. Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello. 2014; 42(3): 152-157.

- Walteros, Diana; Bernal, Elizabeth; Pineda, Ángela Marcela; Oliveros, Juan Carlos; Guerrero, Adrián; Validez y confiabilidad del DHI versión colombiana, Fonoaudiología iberoamericana, sección investigativa, 2009: 122-138

BIBLIOGRAFÍA

- Carmona, Sergio; Sanchez, Jonathan; Garcia, Ana; Franco, Virgina et al, Ponencia de la sociedad Gallega de otorrinolaringología “Rehabilitacion Vestibular” reserch gate,2016: 1-240.

- Peña, A., El examen vestibular abreviado, descripción, interpretación y análisis, Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2011; 71: 135-144

- So Yeon, Cecilia Kim, Examen otoneurológico básico, Revista faso año 22 - suplemento vestibular 1° parte- 2015: 27-30.

- Buendía-Pajares, Claudia; Morales-Medina, Gabriela; Rettig-Infante, Isidora P.; Fernández-Gascón, Sara . Evaluación del paciente previa a la rehabilitación vestibular. Rev. ORL, 2020, 11, 1, 29-42.

- Pardal-Refoyo,José L.; Batuecas-Caletrío ,Angel. Revisión sobre los instrumentos de evaluación de la discapacidad en patología vestibular. Rev. ORL, 2018, 9, 2, pp. 145-164.

BIBLIOGRAFÍA

- Novoa, Ignacio. Mecanismos neurofisiológicos de la rehabilitación vestibular, Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2019; 79: 240-247

- Pérez-Vázqueza,Paz ;Franco-Gutiérrezb, Virginia; Soto-Varelac,Andrés;Amor-Doradoe, Juan Carlos;Martín-Sanzf, , Eduardo Manuel; Domínguezg, Oliva, Lopez-Escamezh, Jose A. Guía de Práctica Clínica Para el Diagnóstico y Tratamiento del Vértigo Posicional Paroxístico Benigno. Documento de Consenso de la Comisión de Otoneurología Sociedad Española de Otorrinolaringlogía y Cirugía de Cabeza Cuello.2018;69(6):345-366

- Borro, Osvaldo C. Manual de rehabilitación Vestibular. Libreria Akadia Editorial,2012. 1a edición.

- Courtney D. Hall; Herdman,Susan J.;Whitney, Susan L.;Cass,Stephen P. ; Clendaniel, Richard A.; Fife,Terry D.;Furman, Joseph M.;Getchius,Thomas; GoebelD, Joel A.; Shepard, Neil T.; Woodhouse, Sheelah N. Vestibular Rehabilitation for Peripheral Vestibular Hypofunction: An Evidence-Based Clinical Practice Guideline. JNPT • Volume 40, April 2016. 124-154