



**DOI:** 10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.423-431

**URL:** <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1286>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIAMUC

**ISSN:** 2588-0748

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de revisión

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 423-431



## **Audiología: vértigo posicional paroxístico benigno, rehabilitación vestibular factores asociados psicológicos y tinnitus**

**Audiology: benign paroxysmal positional vertigo, vestibular rehabilitation psychological associated factors and tinnitus**

**Audiologia: vertigem posicional paroxística benigna, reabilitação vestibular, factores psicológicos associados e zumbido**

**Viviana Paola Patiño Zambrano<sup>1</sup>; Erika Pilar Guerrero Pozo<sup>2</sup>; Gina Janeth Vargas Vera<sup>3</sup>; Ximena Jazmín Chavarría Medranda<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 10/12/2023 **ACEPTADO:** 15/01/2024 **PUBLICADO:** 06/03/2024

1. Especialista en Audiología; Doctorado en Ciencias de la Salud (e); Magíster en Gerencia de Salud Para el Desarrollo Local; Licenciada en Terapia de Lenguaje; Tecnóloga Médica en Terapia de Lenguaje; Docente de la Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; viviana.patinoz@ug.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0002-6997-9080>
2. Magíster en Salud Pública; Psicóloga; Licenciada en Terapia Respiratoria; Maestrante en Psicología Clínica; Docente de la Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; erika.guerrero@ug.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0003-1442-2725>
3. Especialista en Audiología; Máster en Dificultades del Aprendizaje y Trastornos del Lenguaje; Licenciada en Terapia del Lenguaje; Docente de la Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; gina.vargasv@ug.edu.ec;  <https://orcid.org/0009-0007-0312-2408>
4. Magíster en Docencia en Ciencias de la Salud; Licenciada en Terapia del Lenguaje; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; ximena\_jaz@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-5542-9259>

### **CORRESPONDENCIA**

**Viviana Paola Patiño Zambrano**  
viviana.patinoz@ug.edu.ec

**Quito, Ecuador**

## RESUMEN

Vértigo es la sensación subjetiva de rotación o de desplazamiento del entorno, o del propio cuerpo respecto a sí mismo. Indica un desequilibrio en el sistema vestibular, podemos hablar de vértigo de origen periférico cuando encontramos una lesión a nivel del laberinto o del nervio vestibular y vértigo de origen central si se afectan los núcleos vestibulares del tronco cerebral o sus proyecciones al cerebelo o a la corteza cerebral. La presente investigación se enmarca dentro de una metodología de tipo bibliográfica documental. Ya que es un proceso sistematizado de recolección, selección, evaluación y análisis de la información, que se ha obtenido mediante medios electrónicos en diferentes repositorios y buscadores tales como Google Académico, Science Direct, Pubmed, entre otros, empleando para ellos los diferentes operadores booleanos y que servirán de fuente documental, para el tema antes planteado. En la bibliografía consultada no existe relación entre el vértigo y la aparición de acúfenos, lo que se corrobora con la sintomatología que se presenta. En cuanto al tratamiento los estándares son la rehabilitación vestibular, existiendo diferentes maniobras como la Maniobra de Dix Hallpike, Maniobra de Semont y por último la Maniobra de Epley, esta última una de las más empleadas.

**Palabras clave:** Epley, Vértigo, Ansiedad, Mareo, Vestibular.

## ABSTRACT

Vertigo is the subjective sensation of rotation or displacement of the environment, or of the body itself with respect to itself. It indicates an imbalance in the vestibular system, we can speak of vertigo of peripheral origin when we find a lesion at the level of the labyrinth or the vestibular nerve and vertigo of central origin if the vestibular nuclei of the brain stem or its projections to the cerebellum or cerebral cortex are affected. This research is framed within a documentary bibliographic methodology. Since it is a systematized process of collection, selection, evaluation and analysis of information, which has been obtained through electronic means in different repositories and search engines such as Google Academic, Science Direct, Pubmed, among others, using the different Boolean operators for them. and that will serve as a documentary source for the topic raised above. In the bibliography consulted there is no relationship between vertigo and the appearance of tinnitus, which is corroborated by the symptoms presented. Regarding treatment, the standards are vestibular rehabilitation, with different maneuvers such as the Dix Hallpike Maneuver, Semont Maneuver and finally the Epley Maneuver, the latter one of the most used.

**Keywords:** Epley, Vertigo, Anxiety, Dizziness, Vestibular.

## RESUMO

A vertigem é a sensação subjetiva de rotação ou de deslocação do ambiente ou do próprio corpo em relação a si mesmo. Indica um desequilíbrio no sistema vestibular, podemos falar de vertigem de origem periférica quando encontramos uma lesão ao nível do labirinto ou do nervo vestibular e de vertigem de origem central se os núcleos vestibulares do tronco cerebral ou as suas projecções para o cerebelo ou para o córtex cerebral estiverem afectados. Esta investigação enquadra-se numa metodologia bibliográfica documental. Uma vez que se trata de um processo sistematizado de recolha, seleção, avaliação e análise de informação, que foi obtida através de meios electrónicos em diferentes repositórios e motores de busca como o Google Académico, Science Direct, Pubmed, entre outros, utilizando os diferentes operadores booleanos para os mesmos. e que servirá de fonte documental para o tema acima levantado. Na bibliografia consultada não há relação entre vertigem e o aparecimento de zumbido, o que é corroborado pelos sintomas apresentados. Em relação ao tratamento, as normas são a reabilitação vestibular, com diferentes manobras como a Manobra de Dix Hallpike, Manobra de Semont e por fim a Manobra de Epley, sendo esta última uma das mais utilizadas.

**Palavras-chave:** Epley, Vertigem, Ansiedade, Tontura, Vestibular.

## **Introducción**

El sistema vestibular tiene la función de transducir las fuerzas de gravedad y movimiento en señales que el cerebro usa para conocer la posición de la cabeza en el espacio, y coordinar movimientos con reflejos motores responsables de la postura y estabilidad de los ojos. El equilibrio es un proceso numeroso de estímulos sensoriales periféricos (propioceptivos, visuales y vestibulares) combinadas con diferentes funciones como el control motor y la cognición encargadas de mantener el centro de gravedad, usualmente deteriorados (Gavilema Masaquiza, 2023).

Vértigo es la sensación subjetiva de rotación o de desplazamiento del entorno, o del propio cuerpo respecto a sí mismo. Indica un desequilibrio en el sistema vestibular, podemos hablar de vértigo de origen periférico cuando encontramos una lesión a nivel del laberinto o del nervio vestibular y vértigo de origen central si se afectan los núcleos vestibulares del tronco cerebral o sus proyecciones al cerebelo o a la corteza cerebral. El vértigo de origen periférico es el más frecuente, y de todos los síndromes vertiginosos éste corresponde el 44 %, dentro de estos el vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) es el trastorno vestibular más común con una incidencia de 64 por 100.000 habitantes según Kroenke et al, en el año 2014 (Aponte & Salazar, 2018).

Clásicamente el mareo se ha clasificado en cuatro tipos que deben ser determinados por anamnesis, a pesar de las dificultades de poder encuadrar los pacientes en uno u otro cajón diagnóstico, como se ha puesto de manifiesto algunos estudios:

- **Mareo de tipo ortostático:** que orientará más bien a problemas de tipo cardiovascular, anemia, deshidratación, enfermedades neurológicas degenerativas o efectos adversos de fármacos.
- **Mareo de tipo desequilibrio:** que orientará a afectación del sistema nervioso central, accidentes vasculares, tumores,

enfermedad de Parkinson, o de nuevo efectos adversos de fármacos, sobre todo en personas mayores.

- **Mareo de tipo sensación de cabeza embotada:** donde deben descartarse enfermedades de tipo psicológicas como ansiedad o depresión, o problemas psicosociales.
- Mareo de tipo vértigo que se define por la ilusión de movimiento cuando la persona está en realidad quieta (Ballvé Moreno, 2019).

Los síntomas mareo, vértigo e inestabilidad se vinculan a la calidad de vida, ya que la existencia humana se vuelve imposible sin un adecuado control del equilibrio corporal. La sintomatología referida y crónica es epidemiológicamente quince veces más prevalente en la población de la segunda y tercera edad que en el adulto joven. Esto es solo uno de los elementos determinantes del aumento de esta patología, y del interés por la investigación y divulgación de los conocimientos. Borro (2012) explica además que dicha sintomatología contamina gradualmente las actividades que el paciente habitualmente realiza. Muchos de ellos suspenden sus actividades sociales y recreativas por el padecimiento de su enfermedad. Alteran su desempeño laboral, debiendo hacer uso frecuente de licencias (León, 2019).

## **Metodología**

La presente investigación se enmarca dentro de una metodología de tipo bibliográfica documental. Ya que es un proceso sistematizado de recolección, selección, evaluación y análisis de la información, que se ha obtenido mediante medios electrónicos en diferentes repositorios y buscadores tales como Google Académico, Science Direct, Pubmed, entre otros, empleando para ellos los diferentes operadores booleanos y que servirán de fuente documental, para el tema antes planteado.



## Resultados

### Manifestaciones clínicas

Los síntomas consisten en la aparición de crisis de vértigo que se desencadenan con un determinado movimiento de la cabeza de segundos a minutos de duración (horizontalización del canal) provocando nistagmo que cumple con las siguientes condiciones: un periodo de latencia de 2-15 segundos (tiempo en aparecer), nistagmo horizonte rotatorio geotrópico, periodo de estado y agotabilidad (duración de 10-60 segundos), reproductibilidad y refractariedad (fatigabilidad) de varios minutos tras la realización de la primera maniobra de provocación. La fatigabilidad es una característica muy específica de VPPB y es im-

portante para poder diferenciar entre VPPB y vértigo posicional central. A menos que exista una condición comórbida no debe haber cambios en la audición asociados o síntomas neurológicos. La duración media de un episodio agudo de VPPB es de 2 semanas con ataques de vértigo, de los cuales un treinta y tres por ciento de los pacientes experimentan síntomas durante más de un mes, lo que conduce a una disminución de la calidad de vida, una menor capacidad de carga de trabajo y actividades diarias restringidas. Estos episodios se alternan con periodos de remisión, aunque en las etapas iniciales algunos pacientes presenten inestabilidad, inseguridad o desequilibrio (Valerio Ramírez, 2020).

### Diagnóstico

**Tabla 1.** Las características del vértigo paroxístico posicional benigno

<b>Síntomas del VPPB</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los ataques de vértigo son inducidos por cambios en la posición de la cabeza en relación a la gravedad.</li> <li>2. El vértigo aparece con latencia corta</li> <li>3. Dura menos de un minuto</li> <li>4. La intensidad del vértigo disminuye o desaparece después de repetir la posición de la cabeza.</li> <li>4. El vértigo no está asociado con ningún síntoma coclear, como pérdida auditiva o tinnitus.</li> <li>5. No hay síntomas neurológicos</li> </ol>
<b>Signos del VPPB</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El nistagmo torsional, en el que el polo superior del ojo gira hacia el oído afectado, es inducido por la maniobra de Dix-Hallpike.</li> <li>2. El nistagmo torsional, en el que el polo superior del ojo gira hacia el oído contralateral, es inducido por la maniobra inversa de Dix-Hallpike.</li> </ol>

**Fuente:** (Lacam, 2017).

El diagnóstico de VPPB se realiza gracias a la historia del paciente, los informes 14 subjetivos de síntomas típicos y el nistagmo posicional característico que se presenta durante las maniobras de provocación. Se establece el diagnóstico en función de los criterios clínicos y el cuadro desencadena-

do con la maniobra de Dix-Hallpike considerado estándar de oro para el diagnóstico de la presentación más frecuente (vértigo posicional del canal semicircular posterior). Las características del nistagmo desencadenado en las diferentes maniobras nos permiten conocer e identificar el canal afectado.

Sin embargo, algunos autores, afirman que la aparición de los síntomas de vértigo sin presencia de nistagmo es en ocasiones suficiente para el diagnóstico. La maniobra de Dix-Hallpike provoca el nistagmo horizontal y torsional que es típico en el canal posterior y anterior; la maniobra de Mc Clure revela el nistagmo horizontal geotrópico (canalolitiasis) o ageotrópico (cupulolitiasis) típico en

canal horizontal. El nistagmo característico de canalolitiasis es breve (duración de menos de un minuto), paroxístico y está precedido por una latencia de pocos segundos. Por el contrario, el nistagmo de cupulolitiasis no tiene latencia o es breve y dura más de un minuto (Valerio Ramírez, 2020).

### **Maniobra de Dix Hallpike**



**Figura 1.** Maniobra de Dix-Hallpike para diagnosticar y verificar el éxito de las maniobras de reposicionamiento

**Fuente:** (Lacam, 2017).

Colocamos al paciente sentado sobre la camilla de frente al evaluador, giramos su cabeza 45 grados hacia un lado, y lo llevamos rápidamente al decúbito supino, de manera que la cabeza quede colgando por debajo del borde craneal de la camilla con unos 105 grados de hiperextensión y manteniendo siempre la rotación inicial de 45 grados con el oído explorado hacia abajo. Mantenemos esa posición durante unos 40 segundos. Si la maniobra es positiva, el paciente referirá sensación de vértigo y observaremos un nistagmo que durará de 10-60 segundos. La dirección y el sentido de este nistagmo indicarán el canal afectado. Una vez realizada esta prueba sobre un lado, esperamos unos minutos y repetimos la prueba en el lado contrario. El diagnóstico se confirmará con la aparición del nistagmo que deberá presentar latencia de duración breve (entre 10-60 s), agotabilidad y al repetir la prueba disminuirá su intensidad; además se invertirá cuando el paciente vuelva a la posición de sentado (Valerio Ramírez, 2020).

**Maniobra de Semont:** sentado en la camilla con la cabeza girada 45° hacia el lado afecto, se lleva al paciente con la energía sobre el hombro enfermo permaneciendo durante 30 segundos en esta posición para, desde aquí, llevarla rápidamente sobre el hombro contrario, y finalmente retornando a la posición inicial. Al finalizar la sesión, la enfermera indicará al paciente que debe evitar tanto grandes movimientos de cabeza como descansar o dormir sobre el lado afecto hasta dos días después de la realización de la maniobra (González Gallego & Guillamón Gimeno, 2018).

**Maniobra de recolocación de partículas de Epley:** sentado longitudinalmente en la camilla con la cabeza girada 45° hacia el lado afecto, dejamos caer rápida y bruscamente al paciente hacia atrás, manteniendo el giro cefálico hasta que la cabeza quede colgando en hiperextensión por el borde de la camilla, manteniéndolo 30 segundos. A continuación, giramos la cabeza del paciente 90° hacia el

otro lado y esperamos en esta nueva posición otros 30 segundos. Giramos al paciente hasta colocarlo en decúbito lateral, manteniendo su cabeza rotada 45° y, finalmente, sentamos al paciente en la camilla. Deberán ser proporcionadas las mismas indicaciones que en la maniobra de Semont (González Gallego & Guillamón Gimeno, 2018).

**Videonistagmografía (VNG):** Es una prueba basada en un movimiento reflejo de los ojos que se produce cuando se mueve la cabeza o cuando se estimula el laberinto (vestíbulo): el reflejo vestíbulo-ocular. El estudio del movimiento ocular va a permitir conocer el funcionamiento del órgano del equilibrio (Valerio Limache, 2018).

**Electronistagmografía (ENG):** La ENG es un grupo de pruebas del movimiento ocular que tiene como objetivo la búsqueda de signos de disfunción vestibular o problemas neurológicos mediante la medición del nistagmo (un tipo de movimientos involuntarios oculares) y otros movimientos oculares. Las pruebas de ENG son las más que se aplican más a menudo a las personas con mareos, vértigos y/o desórdenes de equilibrio, si bien la batería de pruebas y los métodos de prueba pueden variar mucho (Valerio Limache, 2018).

**Prueba calórica:** Método de estimulación vestibular para determinar el estado de cada laberinto por separado. Se realiza mediante la inyección de agua fría (30° C) o caliente (44° C) en el conducto auditivo externo, provocando un nistagmo cuya sacudida rápida se dirige al oído no irrigado, en la prueba del agua fría, y al irrigado, en la de la caliente. Este mecanismo actúa de igual manera a la inclinación de la cúpula provocada por una aceleración angular. Se asocia a ello una desviación de los índices en la sacudida lenta del nistagmo. La intensidad del nistagmo y de la desviación es función del gradiente térmico y de la integridad del oído examinado (Valerio Limache, 2018).

**Prueba rotatoria:** Las pruebas de rotación son otra manera de evaluar el funcionamiento conjunto de los ojos y el oído inter-

no. Cada vez que la cabeza se mueve en una dirección, los ojos se mueven en la contraria. Con las pruebas de rotación (en las que se emplean el mismo tipo de electrodos adhesivos o gafas usadas para ENG/VNG), el examinador puede registrar los movimientos oculares mientras que la cabeza se mueve a diferentes velocidades. Así se obtiene información adicional, aparte de las pruebas ENG/VNG, sobre cómo funcionan los órganos de equilibrio, junto con sus conexiones a los músculos oculares. No todas las personas precisarán realizar las pruebas de rotación en la fase de diagnóstico (Valerio Limache, 2018).

**Potencial evocado miogénico vestibular (VEMP):** Las pruebas VEMP se usan para evaluar si el sáculo y el nervio vestibular están intactos y funcionan con normalidad. Durante las pruebas VEMP, se colocan 22 auriculares en las orejas y se adhieren pequeños electrodos adhesivos a la piel a la altura de los músculos del cuello. Cuando se transmite el sonido a través de los auriculares, los electrodos registran la respuesta del músculo a los estímulos vestibulares (Valerio Limache, 2018).

**Posturografía dinámica computarizada (CDP):** El test CDP comprueba la estabilidad postural. ofrece información sobre el control motor o la función de equilibrio en diferentes condiciones medioambientales. Esto es importante puesto que la capacidad de mantener el equilibrio depende, no sólo de la información sensorial de la visión y los sistemas vestibulares, sino también de la información sensorial que el cerebro recibe de los músculos y las articulaciones. Estas señales somatosensoriales ofrecen información como la dirección en que se mueve la cabeza y la textura e inclinación de la superficie en que se camina (Valerio Limache, 2018).

**Factores Intrínsecos y extrínsecos que facilitan su aparición**

El vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) es principalmente de causa idiopática (50-70%), y la causa secundaria más

común es el traumatismo craneal (7- 17%). El VPPB es una de las causas más comunes de vértigo resultante del traumatismo craneal. Las fuerzas aplicadas al cráneo durante el trauma causan el desprendimiento traumático de otoconia de la mácula del utrículo. Las tasas de recurrencia son similares a las VPPB idiopáticas, pero puede necesitar de más maniobras de reposicionamiento para lograr el éxito. Además, es más probable que sea bilateral, ocurriendo en el 25% en comparación con sólo el 2% en el VPPB idiopática. Otras causas secundarias como la neuronitis vestibular (15%), enfermedad de Menière (5%), enfermedad sistémica grave, migrañas o cirugía del oído interno pueden provocar este vértigo. Los factores médicos pueden influir en el desarrollo de este vértigo. Tres estudios examinaron las enfermedades sistémicas de los pacientes con un VPPB. En un ensayo clínico de 49 personas, 33,9% de la población tenía una hipertensión arterial y 17% tenía la diabetes tipo 2, el resto de los pacientes tenían un hipertiroidismo, una coronariopatía o menos frecuentemente está asociada con la enfermedad de Menière. Otros factores predisponentes son la vejez, el sexo femenino, los factores hormonales, las lesiones por latigazo cervical y el origen viral. Además, los factores familiares pueden contribuir a una predisposición a la enfermedad. Según estudios, el VPPB está asociado con la osteoporosis (enfermedad en la que se produce una disminución de la densidad ósea) y la incidencia aumenta en invierno, porque el nivel de vitamina D es bajo (Lacam, 2017).

## **Tratamiento**

### **Rehabilitación vestibular**

Se define como “el conjunto de actividades indicadas al paciente para promover la compensación vestibular y reducir los síntomas de lesión vestibular”. Es por tanto un conjunto de ejercicios programados cuyo objetivo es aminorar la disfunción vestibular. La alteración en cualquier punto del sistema vestibular (propiocepción, visión,

vestíbulo). La rehabilitación vestibular es un grupo de enfoques basados en ejercicios que comenzaron con el propósito de maximizar la compensación del sistema nervioso central para la patología vestibular. La rehabilitación vestibular pretende conseguir mecanismos eficaces de adaptación y/o compensación frente a un sistema vestibular alterado y ello se relaciona íntimamente con la dirección, duración, frecuencia y magnitud del estímulo aplicado durante la rehabilitación. A través de esta se consigue mejorar la calibración del reflejo vestibulo-ocular y del vértigo-espinal, así como conseguir la estabilización de la mirada (Valerio Limache, 2018).

### **Objetivos de la Rehabilitación vestibular**

- Eliminar los síntomas.
- Disminuir la inestabilidad.
- Incorporar al paciente lo antes posible a sus actividades diarias (Valerio Limache, 2018).

### **Bases de la rehabilitación vestibular**

Estos fenómenos de compensación vestibular, basados en la neuroplasticidad del SNC, permiten mediante el movimiento, habituar o reducir las respuestas a estímulos repetitivos, reequilibrando la actividad tónica dentro del núcleo vestibular. Los mecanismos de compensación vestibular se basan en la restitución funcional, adaptación vestibular, sustitución sensorial y habituación. En la actualidad y según las últimas revisiones existen pruebas moderadas a sólidas de que la rehabilitación es un tratamiento seguro y efectivo en el trastorno vestibular periférico unilateral, con pruebas moderadas de que hay una resolución a medio plazo (Valerio Limache, 2018).

### **Vértigo posicional paroxístico benigno y factores psicológicos**

Otros puntos de vista de la rehabilitación es el aspecto emocional y funcional de los usuarios pre y post tratamiento. Por lo tanto,

se da énfasis a la autopercepción del usuario y como la enfermedad en sí, afecta en su calidad de vida. Esto se demuestra el 2004 cuando se realiza un estudio llamado “aplicación y utilidad del Dizziness Handicap Inventory”. Habla de la implementación de un cuestionario que mide el impacto de la discapacidad que producen los síndromes vertiginosos, creado por Jacobson en 1990. Con él se puede atender aspectos que no se exploran neurológicamente y tampoco son observables por el especialista. Por ende, implementar este tipo de pauta al protocolo de atención vestibular ofrecerá ver la autopercepción del usuario y mejorar la rehabilitación en todas las condiciones de su actividad física, emocional y funcional. Esta patología se asocia a un alto grado de morbilidad, impacto psicosocial y gastos médicos, se habla que el 86% de la población afectada consulta al médico porque la patología termina interfiriendo con la vida diaria. Al estar presente la sintomatología en un periodo de 30 a 45 días, la persona empieza a padecer síntomas de ansiedad, ataques de pánico, agorafobia y sentimientos de depresión, entre otro tipo de problemas que afectarían el ámbito laboral, recreativo o funcional (Bastidas Schade et al., 2021).

Por esta razón, se debería considerar un protocolo estandarizado en los servicios de salud para evaluación y posterior tratamiento de VPPB, incluyendo en él, uno específico para pedir la calidad de vida de los pacientes luego de su tratamiento, como es el caso del DHI. Sin olvidar que el objetivo del profesional de salud será ayudar a establecer una mejor calidad de vida o que la terapia sea la más adecuada según los aspectos físicos, sociales, psicológicos y económicos en el usuario. Este instrumento de medición de calidad de vida, nos ayuda a verificar las habilidades descendidas en el usuario y posterior al tratamiento (maniobras de reposición), el cambio o mejoría que estas puedan cursar (Bastidas Schade et al., 2021).

## Conclusión

El Vértigo posicional paroxístico benigno es una patología que puede ser incapacitante si no es tratada a tiempo, ya que el cuerpo necesita estar equilibrado, los que padecen esta enfermedad, están expuestos a caídas que pueden poner en riesgo sus vidas y causar otro tipo de lesiones, a nivel psicológico hay una reducción de la calidad de vida, ausentismo laboral, o no poder realizar las actividades diarias que son cotidianas, lo que genera depresión y ansiedad. En la bibliografía consultada no existe relación entre el vértigo y la aparición de acufenos, lo que se corrobora con la sintomatología que se presenta. En cuanto al tratamiento los estándares son la rehabilitación vestibular, existiendo diferentes maniobras como la Maniobra de Dix Hallpike, Maniobra de Semont y por último la Maniobra de Epley, esta ultima una de las más empleadas.

## Bibliografía

- Aponte, A. K., & Salazar, M. V. (2018). Vértigo Posicional Paroxístico Benigno: Betahistina Vs Rehabilitación Vestibular (Doctoral dissertation). UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.
- Ballvé Moreno, J. L. (2019). Efectividad de la maniobra de Epley realizada en atención primaria para tratar el vértigo posicional paroxístico benigno del canal posterior. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Bastidas Schade, A. N., San Martin Vivanco, C., & Sierra Salazar, L. (2021). Calidad de Vida En Personas Que Padecen Vértigo Posicional Paroxístico Benigno. *Areté*, 21(2), 1–10. <https://doi.org/10.33881/1657-2513.art.21203>
- Gavilema Masaquiza, V. G. (2023). Rehabilitación vestibular en el adulto mayor para prevención de caídas. Universidad Ncional de Chimborazo.
- González Gallego, A., & Guillamón Gimeno, M. L. (2018). Cuidados de enfermería en pacientes diagnosticados de vértigo posicional paroxístico benigno. *Agora de salud*, 5, 87–92. <https://doi.org/10.6035/agorasalut.2018.5.9>
- Lacam, L. (2017). Efectividad de las maniobras liberatorias en adultos (19-89 años) con vértigo posicional paroxístico benigno del canal posterior: revisión bibliográfica. Fundació Universitària del Bages.

León, N. L. (2019). Mirada desde la fonoaudiología a Vértigos Posicionales Paroxísticos Benignos. *Universidad F. A. S. T. A.*

Valerio Limache, Y. F. (2018). Enfoque fisioterapéutico en rehabilitación vestibular. Universidad Inca Garcilaso De La Vega.

Valerio Ramírez, A. (2020). Análisis de la utilidad del uso de collarín cervical en vértigo postural paroxístico benigno posterior a maniobra de Epley. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

**CITAR ESTE ARTICULO:**

Patiño Zambrano, V. P., Guerrero Pozo, E. P., Vargas Vera, G. J., & Chavarría Medranda, X. J. (2024). Audiología: vértigo posicional paroxístico benigno, rehabilitación vestibular factores asociados psicológicos y tinnitus. *RECIAMUC*, 8(1), 423-431. <https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.1.ene.2024.423-431>



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.