

**Centro Integral de Desarrollo de la Medicina Natural y Tradicional (CINSA)  
Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Cdte. Manuel Fajardo”**

## **Tratamiento Rehabilitador en el Síndrome Vertiginoso de Origen Degenerativo**

**Autores: Dr.MsC. Ernesto González Castañeda  
Especialista 1er Grado en Medicina Física y Rehabilitación  
Especialista 1er Grado en M. G. I.  
Ms.C. en Medicina Bioenergética y Natural**

**Dra.Msc. Teresita Abreu Gómez  
Especialista 1er Grado en Medicina Natural y Tradicional  
Especialista 1er Grado en M. G. I.  
Ms.C. en Medicina Bioenergética y Natural**

## RESUMEN

Se efectuó un estudio prospectivo comparativo a pacientes que acudieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación y de Medicina Natural y Tradicional del Hospital Comandante Manuel Fajardo de Plaza de la Revolución y del Centro Integral de Desarrollo de la Medicina Natural y Tradicional (CINSA) de Marianao respectivamente, con el diagnóstico de Síndrome Vertiginoso de causa degenerativa en el periodo 2006-2007 donde fueron tratados, conformándose una muestra al azar, que incluyó a pacientes de ambos sexos, de cualquier raza y en las edades comprendidas entre 25 y 60 años, se excluyeron las mujeres embarazadas y a pacientes con diagnóstico comprobado de hernia discal, así como procesos oncoproliferativos, conformándose una muestra de 60 pacientes divididos en dos grupos de 30 pacientes cada uno, al grupo estudio (A) se le aplicó tratamiento con Medicina Física y Rehabilitación, realizándosele, calor infrarrojo, masaje, tracción manual cervical ligera y ejercicios de Charriery.

Al grupo control (B) se trató con analgésicos y antiinflamatorios, se evaluaron una vez por semana por el especialista de Medicina Natural y Tradicional durante 21 días. Para el análisis estadístico y el procesamiento de los datos escogimos la prueba de students para dos muestras independientes y la prueba de Chi cuadrado (X) se utilizaron tablas para comparar el grado de mejoría que reflejaron los diferentes síntomas y a todos se les midió la intensidad del dolor, según la Escala de Mc Gill modificada por la Academia de Ciencias de Cuba y se conformaron gráficas que reflejan la presencia y ausencia de vértigo

Obteniéndose una respuesta terapéutica satisfactoria en un total de 24 pacientes para un 80 % en el grupo (A) estudio y un total de 17 pacientes para un 57 % en el grupo (B) control

## INTRODUCCIÓN

El síndrome vertiginoso es el conjunto de síntomas y signos debido a una alteración en el origen vascular cuando las neoformaciones óseas (osteofitos marginales) son muy marcadas, se produce compresión en la arteria vértebra bacilar, la cual transcurre a través del forámen transversal vertebral (1,2, 3,4). Uno de los síntomas principales es el vértigo que es un trastorno cerebral, bajo cuya influencia el paciente cree que su propia persona o los objetos que lo rodean están sumidos en un movimiento giratorio u oscilatorio (2, 3, 4).

Es el resultado de los cambios degenerativos del cartílago articular con desgastes y neoformación ósea (1), puede también haber destrucción cartilaginosa o hipergeneración ósea (5, 6,7).

Se le conoce también bajo el nombre de artrosis, artritis hipertrófica, artritis senil, artropatía degenerativa, reumatismo crónico, degenerativos y otros.

Con el envejecimiento aparecen cambios degenerativos en el organismo y también en las articulaciones, sobre todo en aquellos que se encuentran sometidos a traumatismos repetidos, hipermotilidad o sencillamente a los niveles de micro traumatismos de la vida cotidiana.

Deben tenerse en cuenta dos factores:

- 1- Los cartílagos intraarticulares se han quebrado o han perdido su cubierta natural por el uso, por lo cual la anteriormente pulida superficie articular se torna áspera. Se produce dificultad a la fricción y aparece ardor ante el frote sucesivo sobre la superficie en uso.
- 2- Los vasos de la membrana sinovial muestran disminución de su luz con la consiguiente merma del flujo durante el ejercicio, lo que interfiere en la desaparición del calor producto de la fricción. También durante el reposo, el flujo se encuentra disminuido, por lo cual se produce espesamiento de la gelatina intrarticular y engrosamiento de la cápsula sinovial. De ese modo, cuando hay mucha actividad se produce fricción, pesantez y dolor, la poca actividad se traduce por engrosamiento de la cápsula sinovial (1, 6).

Los cambios descritos antes son irreversibles (1, 6, 7,8)

El cuadro clínico se caracteriza porque puede cursar sin síntomas clínicos y mostrar solamente cambios radiológicos o evolucionar con manifestaciones

clínicas entre las que sobresale el dolor, que aumenta al realizar movimientos con las articulaciones o mover objetos pesados. Puede encontrarse también crepitación a causa de la destrucción del cartílago articular y la hipertrofia ósea, que produce pérdida de la alineación normal de la articulación (1, 3, 4,6)

Los síntomas pueden aparecer después de los 25 años de edad, la enfermedad predomina en el sexo masculino sobre todo en individuos que están sometidos a esfuerzos, deportes rudos o que soportan grandes pesos sobre su cabeza o mantienen esta flexionada hacia delante (1)

En el interrogatorio, el enfermo refiere dolor cervical o en la nuca, que se intensifica con los movimientos. Al examen físico puede mostrar rigidez en la nuca, crujidos articulares a los movimientos y dolor en la escápula y brazo del mismo lado, acompañado de parestesia de los dedos. Cuando las neoformaciones óseas son muy marcadas se produce compresión de la arteria vertebral. Además hay pérdida del equilibrio, vértigo, parestesias, alteraciones auditivas y visuales, así como trastornos de la sensibilidad (1, 7, 8)

El diagnóstico es realizado usualmente por la historia de la enfermedad, hallazgos clínicos y cambios radiológicos. En la artrosis no hay engrosamiento sinovial, aumento del calor local y espasmo muscular. En la radiografía hay esclerosis, la eritrosedimentación no está acelerada (1, 7, 8).

Desde el punto de vista tradicional se refiere a la combinación de mareo, vista turbia, borrosa, mareo que se refiere a que no se siente que su cuerpo o las cosas alrededor están girando y que no puede mantenerse en pie, a veces tiene síntomas acompañantes, tales como náuseas, vómitos, sudor o desmayo.

-Hiperfunción Yang de Hígado

-Deficiencia de Energía y Sangre

-La flema y la humedad se estanca en el Jiao Medio

-Éstasis de Sangre

-Por afectación de factores patógenos externos

-Por insuficiencia de la esencia de Riñón

Cada causa sola puede ocasionar la enfermedad, esta causa también puede convertirse mutuamente, en la práctica clínica hay que diferenciar bien los síndromes.

En nuestro trabajo nos referimos al vértigo causado por insuficiencia de la esencia del riñón: el Riñón es el fundamento congénito, tiene el Yin renal y el

Yang renal en su interior, se encarga de conservar la esencia, regenerar las médula, si uno tiene salud débil de nacimiento, edad avanzada, enfermedad crónica o tiene excesiva pérdida de sangre y esencia puede ocasionar la deficiencia de esencia renal, por lo que los riñones no pueden ofrecer suficiente médula a la cabeza, que es el mar de la médula, la cabeza no puede ser nutrida, así aparece la deficiencia de cabeza y riñón y ocurre el vértigo.

No tiene tratamiento específico y las medidas que se toman dependerán de la articulación afectada, así como de la deformidad articular existente, el tratamiento incluye 4 aspectos fundamentales: general, medicamentoso, rehabilitador y quirúrgico (7, 8, 9).

En general está encaminado a mejorar al paciente y consiste en reposo y dieta. El medicamentoso está dirigido a mejorar, aliviar o a disminuir el dolor. El rehabilitador tiene como objetivo reducir los esfuerzos aplicados al trabajo articular y además mantener el alineamiento y los movimientos articulares adecuados, este tratamiento está en relación directa con la articulación afectada. El programa establecido sobre la base de ejercicios, calor local. A veces el tratamiento llega a ser quirúrgico. (1, 10, 11, 12, 13, 14, 15).

Dentro del tratamiento rehabilitador el calor infrarrojo tiene un efecto analgésico relajante y preparatorio para continuar con masaje analgésico, relajante, reductor de la tensión muscular, reduce la excitabilidad de las terminaciones nerviosas, antiespasmódicas, vasodilatador, reduce el edema y la tumefacción, aumenta el drenaje y reduce el éstasis vascular, exudados y edemas (7, 8, 16, 17, 18, 19, 20).

Habiéndonos llamado la atención lo rebelde que se hace el alivio de los síntomas, que han estado siempre entre los principales objetivos del médico y conociendo que este método terapéutico es de fácil acceso para todas las áreas de salud, además de obtener buenos resultados en la práctica, nos hemos motivado a realizar este estudio para beneficio de nuestra población.

## **OBJETIVOS**

### **GENERALES:**

Identificar la utilidad del tratamiento rehabilitador en el Síndrome Vertiginoso.

### **ESPECÍFICOS:**

1. Demostrar las características epidemiológicas de la muestra.
2. Determinar el número de sesiones necesarias para lograr la desaparición de los síntomas.
3. Comparar la efectividad terapéutica del tratamiento rehabilitador con el tratamiento farmacológico.

## **DISEÑO METODOLÓGICO:**

Es un estudio prospectivo comparativo de corta duración en el transcurso de un año de tratamiento (2006-2007), se trataron a los pacientes que acudieron a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación y de Medicina Natural y Tradicional del Hospital Manuel Fajardo y del Centro Integral de Desarrollo de la Medicina Natural y Tradicional (CINSA) de Marianao con el diagnóstico de Síndrome Vertiginoso de causa degenerativa, que a su vez aceptaron ser tratados solamente con este método terapéutico.

Se escogió una muestra al azar de 60 pacientes divididos en dos grupos de 30 pacientes cada uno, un grupo (A) que fue el grupo tratado con Medicina Física y Rehabilitación y que se llamó Grupo Estudio y un Grupo (B) que fue el grupo tratado con medicamentos farmacológicos y se llamó Grupo Control.

Al grupo estudio (A) se le dio calor infrarrojo con la lámpara infrarrojo a una distancia de 60 -70 cms de distancia durante 10 minutos, se le realizó masaje occidental durante 20 minutos en columna cervical y los hombros, tracción cervical manual y ejercicios de Charriery.

Este tratamiento se realizó diariamente, de lunes a viernes durante 3 semanas, todos los pacientes fueron evaluados semanalmente.

Al grupo control (B) fue tratado con medicamentos farmacológicos, tales como: Indometacina 1 tableta cada 12 horas, Dipirona 1 tableta cada 8 horas.

Se aplicaron 15 sesiones de tratamiento descansando sábados y domingos.

Se utilizó:

- Una camilla
- Una lámpara Infrarrojo
- Una solución para el masaje que fue aceite mineral con alcanfor
- Una técnica de fisioterapia
- Un médico especialista de Medicina Natural y Tradicional para el seguimiento de los casos
- Un médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación
- Una computadora Pentium IV

#### Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de Síndrome Vertiginoso de causa degenerativa que fueron remitidos por el especialista de Medicina Física y Rehabilitación de las áreas de salud y del Hospital Manuel Fajardo
- Pacientes que estuvieron de acuerdo con recibir solamente tratamiento rehabilitador.

#### Criterios de Exclusión:

- Los casos que se ausentaron a alguna sesión de tratamiento.
- Pacientes que tuvieron diagnóstico de hernias discales comprobadas o procesos oncoproliferativos.
- Los que utilizaron algún tipo de medicamento farmacológico
- Mujeres embarazadas.

#### Criterios de Salida:

Los que en el curso de 72 horas empeoraron el cuadro y que requirieron de otro tipo de tratamiento para su mejoría.

#### Criterio de Fracaso:

- Fueron considerados fracasos de tratamiento a los casos que no se les consiguió ningún alivio de vértigo. Que tengan más de cinco crisis al día.
- Que se mantenga la misma intensidad de dolor, que aumente o que la mejoría sea menor de un 25 %.
- Que aparezcan nuevas complicaciones o haya necesidad de ingreso.

#### Criterios de Éxito:

- Cualquier caso que tenga mejoría de los síntomas.

-Que tengan menos de cinco crisis al día y con una mejoría de 75- 100 % de intensidad de las crisis.

-Que no aparezcan nuevas complicaciones o no haya necesidad de ingreso.

#### CONTROL SEMÁNTICO:

*Ejercicios de Charriery:* Ejercicios para darle movilidad a la columna cervical, para de esta forma, lograr la restauración de la función articular (flexión, extensión, lateralización del cuello y rotación).

*Calor Infrarrojo:* Se utiliza en la práctica médica para actuar sobre la hemodinámica local y general o disminuyendo los dolores, relajando los músculos. Resulta eficiente su combinación en la preparación ante de los masajes y ejercicios.

*Masoterapia:* Término utilizado para denominar un conjunto de manipulaciones corporales que se realizan preferentemente con las manos para actuar sobre el sistema nervioso o muscular, así como la circulación y la piel.

*Tracción Cervical:* Consiste en lograr un estiramiento gentil de la columna cervical de forma manual realizada por el técnico de Fisioterapia.

#### Aspectos Éticos:

El estudio respetará las declaraciones éticas de Helsinki, de Tokio y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) por tanto será mínimo el riesgo a que serán sometidos los pacientes incluidos en este trabajo. Serán pacientes que hayan aceptado libre y voluntariamente el hecho de participar en el estudio.

A estos pacientes incluidos en este trabajo se les informará previamente sobre este tipo de terapia, la utilidad de la misma y se le explicará que pueden interrumpir el tratamiento y abandonar el estudio cuando lo estimen pertinente.

# ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

**Tabla No 1**

Distribución según grupo de edades. C.I.N.S.A  
Plaza de la Revolución.2007

Edad	GRUPO A		GRUPO B	
	No. Casos	%	No Casos	%
-20	0	0	0	0
20-29	4	13	3	10
30-39	5	17	4	13
40-49	11	37	13	43
50-59	9	30	9	30
+60	1	3	1	3
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Historias Clínicas n=60 p<0,05

Esta tabla nos muestra que en nuestro universo de trabajo predominaron las edades comprendidas entre 40 49 años.

**Tabla No. 2**

Distribución del Vértigo según sexo C.I.N.S.A  
Plaza de la Revolución.2007

Sexo	No. de pacientes	%
Femenino	42	70
Masculino	18	30
Total	60	100

Fuente: Historias Clínicas n=60 p<0,05

Podemos observar que en la distribución del vértigo según sexo, predominó el sexo femenino con un total de 42 pacientes para un 70%, lo cual no coincide con la bibliografía revisada donde dice que es más frecuentes en los hombres, como plantea el Dr. Roca Goderich, R. en su libro Temas de Medicina Interna

**Tabla No. 3**

Sesiones necesaria para tener alivio del síndrome vertiginoso.

C.I.N.S.A Plaza de la Revolución.2007

No. Sesiones	GRUPO A		GRUPO B	
	Nº. Casos	%	Nº. Casos	%
-5	15	50	5	17
5-9	9	30	12	40
10-15	6	20	13	43

Fuente: Historias Clínicas n=60 p&lt;0,05

En esta tabla podemos apreciar que en el grupo Estudio (A), hubo un mayor % de alivio antes de las 5 primeras sesiones de tratamiento con un total de 15 pacientes para un 50 %, contrae el grupo (B) con un total de 5 pacientes para un 17 %.

**Tabla No. 4**

Pacientes según efectividad terapéutica en el síndrome vertiginoso.

C.I.N.S.A Plaza de la Revolución.2007

Respuesta Terapéutica	GRUPO A		GRUPO B	
	Nº. Casos	%	Nº. Casos	%
Satisfactoria	24	80	17	57
No satisfactoria	6	20	13	43

Fuente: Historias Clínicas n=60 p&lt;0,05

Aquí podemos constatar que el Grupo A tuvo una mejor respuesta terapéutica, con un total de 24 pacientes para un 80 % con relación al Grupo B, con una evolución no satisfactoria con un total de 17 pacientes para un 57 %.

# CONCLUSIONES

Con nuestro trabajo llegamos a las siguientes conclusiones:

Se comprobó la utilidad de la Medicina Física y Rehabilitación en el tratamiento del Vértigo de causa degenerativa, observándose que hubo un predominio de la población entre los 40 y 49 años donde tubo una mayor incidencia el sexo femenino. Predominó la mejoría de los pacientes antes de las 5 primeras sesiones de tratamiento en el grupo estudio tratado con Fisioterapia. La respuesta fue satisfactoria en el 80 % de los pacientes que comprendió el grupo Estudio.

## **RECOMENDACIONES**

Recomendamos continuar el estudio con vistas a aumentar la muestra y por los buenos resultados obtenidos exhortamos a que se haga extensivo en las áreas de salud y hospitales que tengan incluidos este tipo de especialidad médica

# BIBLIOGRAFÍA

- 1-Roca Goderich, R. Temas de Medicina Interna. Tercer Edición, Editorial Pueblo y Educación. Tomo III p 59-60.
- 2-Delamare, Garnier. Diccionario de los Términos Técnicos de Medicina. 20va edición, Ediciones Norma, S. A. Editeur París, 1981. p 1092-1093.
- 3-Sans Valeta. Médico adjuntote la Sección de Reumatología. Departamento de Medicina Interna del Hospital General Vall d Hebron de Barcelona. Rev. Esp. Reumatol 1998; 14: 73-77.
- 4-Eur Spine J 1998; 7 (1): 55-58. Vértigo in patients with cervical spine dysfunction. Galm R Rittmeister M, Schmitte. Wirbelsaulenlinik Bad Homburg, Kaiser- Friedrich Promenade, Germany.
- 5-Lombas, Manuel. Manual de Reumatología. Primera Edición, editorial Científico Técnica. Cuba, 1978 p 228
- 6-Smooth Pursuit Neck Torsión Test: a specific test for cervical dizziness. Central hospital, Skovde, Sweden. Clinical Trial Randomized controlled trial PMID; 9455954, VI: 98115489 Audiol Neurootol 1996 Jul; 1(4): 187-196
- 7-Department of Neurology, Klinikum Grosshadern, University of Munich, Germany Neurosurg 1995 Apr; 82(4): 581-586.
- 8-Martínez Páez, Julio. Nociones de Ortopedia y Traumatología. Primera Edición. Editorial Pueblo y Educación, Tomo I, 1974 p 112-115
- 9-Rev Cubana Med. 2000; 39 (4):238-53 M. Jennifer Derebery, MD, FACS
- 10-Boigey, Maurice. Manual de Masaje. Editorial París-Inglaterra. Ediciones Toray, S. A. 1958 p 58- 73
- 11- Goldberg, Burton. Medicina Alternativa. Future Medicine Publishing Ing. Tiburón Boulevard, sinte 2. 1994 p 530- 531
- 12-Martínez Paez, Julio. Nociones de Ortopedia y Traumatología. Tomo II, 3ra Edición, Editorial pueblo y Educación, 1978 p 543-545
- 13-Treatment of occipital neuralgia by partial posterior rhizotomy at C1-3. Division of Neurosurgery, Beth Israel Hospital, 1998. Boston, Massachusetts.
- 14- Herdman SJ: Treatment of benign paroxysmal positional vertigo. Phys Ther 70: 381, 1990
- 15- Jannetta PJ, Moller MB, Moller AR: Disabling positional vertigo. N Engl J. Med 310: 1700, 1984.

16- Zee DS: Perspectives on the pharmacotherapy of vertigo. Arch Otolaryngol 111: 609, 1985.

17- Paperella MM, Hanson DG: Endolymphatic sac drainage for intractable vertigo (method and experiences). Laryngoscope 86: 697, 1976

18-Norre ME, Beckers A: Benign paroxysmal positional vertigo in the elderly: Treatment by habituation exercises. J. Am Geriatr soc 36: 425, 1998.

19- Merifield D: Self- limited idiopathic vertigo (epidemic vertigo). Arch Otolaryngol 81:355, 1965.

20-Brand T, Daroff RB: Physical therapy for benign paroxysmal positional vertigo. Arch Otolaryngol 106: 484, 1980.

## **Anexo 1**

Planilla de Consentimiento Informado:

Yo \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo en participar voluntariamente en la investigación y cumplir con lo establecido para el tratamiento rehabilitador en el Síndrome Vertiginoso y me comprometo a asistir a las citas para la evolución que se me realicen.

---

Firma del Paciente

## Anexo 2

### Planilla de Recolección de Datos

Nombre: -----

Edad-----

Sexo-----

A.P.P-----

A.P.F.-----

Ocupación-----

Motivo de Consulta:

H.E.A.

Síntomas y Signos

Diagnóstico

No. De Sesiones

Evolución