

11236
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIO SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

PSICOPATOLOGÍA EN EL SÍNDROME DE
MÉNIÈRE

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA EL
DR. GUILLERMO IVÁN PUEBLA VELAZCO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD
DE: OTORRINOLARINGOLOGÍA

ASESOR DE TESIS: DR. MARTÍN CASTAÑEDA DE LEÓN



ISSSTE

AÑO 2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

[Handwritten signature]

Dr. Julio César Díaz Becerra
Coordinador de Capacitación y Desarrollo e Investigación

HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS
★ SET. 22 2003
COORDINACION DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION

[Circular clock stamp]
ENTRADA
24 SET. 2003
Subdirección de
Enseñanza e
Investigación

[Handwritten signature]

Dr. Luis Sánchez Álvarez
Jefe de Investigación

[Handwritten signature]

Dra. Gabriela Salas Pérez
de enseñanza

HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS
★ SET. 22 2003 ★
JEFATURA DE
INVESTIGACION

[Handwritten signature]
SE
GRADO
UNA
U.N.A.M.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN


Dr. Martín Castañeda De León
Profesor Titular


Dr. Martín Castañeda De León
Asesor de Tesis


Dr. José Guadalupe Sevilla Flores
Vocal de Investigación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3

A Angel Memento, por ser la razón de mi vida.
A Claudia por ser mi compañera y amiga.
A mi mamá Silvia por ser inspiración para mi carrera y este trabajo.
A mi papá Guillermo por darme el apoyo y la parte objetiva de mi vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4

INDICE

Definición psicoanalítica de depresión	1
Resumen	2
Problema	3
Hipótesis	3
Antecedentes	3
Historia natural del síndrome de Ménière	4
Contexto psicológico del síndrome de Ménière	10
¿Qué es un trastorno depresivo?	12
Ansiedad	15
Objetivo	16
Justificación	16
Diseño	16
Descripción general del estudio	17
Recursos	18
Financiamiento	18
Aspectos éticos	18
Resultados	18
Conclusiones	20
Graficas	21
Anexo A Escala de Goldberg	29
Anexo B Consentimiento informado	30
Referencias Bibliográficas	31

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La depresión no es un querer decir disfrazado, sino un no querer decir. La depresión no es la palabra encarnada en la piel sino el silencio en la carne, "herida abierta", ausencia de dolor, "tormenta del cerebro". La depresión no es una dolorosa realización del deseo, como es el caso del sintoma, sino del dolor del deseo irrealizable. Es la tristeza de no poder decir, ni con el sufrimiento de la carne, lo entrañable del deseo. Es no poder hablar, es padecer el silencio. Es la espera de una palabra nueva que logre sacarnos del abismo de la muerte. Si el sintoma tiene que ver con una patología, la depresión tiene que ver con algo más terrible, la apatía: (a-patia: sin enfermedad). La depresión no solo no es un sintoma sino que es ausencia de sintoma, enmudecimiento del deseo, silenciosa desesperación.

**No se puede curar
A un enfermo
Que necesita
De nosotros
Sin entenderlo.**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

La enfermedad de Ménière es la causa más común de inicio en los adultos de vértigo episódico recurrente con hipoacusia, son frecuentes visitantes de la oficina del médico debido a los efectos disruptivos de sus síntomas, y la naturaleza crónica, episódica de su enfermedad. Aunque la mayoría mejora con los tratamientos actuales, una proporción substancial tienen secuelas crónicas y muy pocas remisión pronta.

El síndrome depresivo, ansiedad y otros trastornos psicopatológicos son comunes en pacientes con Vértigo, la psicopatología puede ser una complicación secundaria de una enfermedad crónica neurológica. Los síntomas psicológicos pueden ir desde estados emocionales anormales como desmoralización en desordenes de balance crónicos hasta enfermedades psiquiátricas desarrolladas tales como depresión mayor, desorden de pánico etc.

En este artículo se realizaron encuestas a pacientes diagnosticados clínicamente como portadores del síndrome de Ménière (Vértigo episódico, hipoacusia fluctuante, acúfeno) con sintomatología mayor a 3 meses de inicio, se excluyeron pacientes con enfermedad psiquiátrica previamente diagnosticada. La investigación se llevó a cabo por medio de un cuestionario el cual es la escala de ansiedad y depresión de Golberg la cual fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en la atención primaria, la ansiedad y la depresión. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la atención primaria, tiene una sensibilidad (83.1%), especificidad (81.8%) y valor predictivo (95.3%) positivo adecuados. Se incluyeron 32 pacientes 1 excluido por enf. Psiquiátrica previamente diagnosticada, de los 31 77% fueron mujeres y 23% hombres 27 pacientes (87%) resultaron positivos para ansiedad, 24 pacientes (77%) resultaron positivos para depresión, de los cuales un 58% presentaron una calificación alta en la escala diagnosticándose como depresión mayor.

PSICOPATOLOGIA EN EL SINDROME DE MENIERE

1. Problema

1. ¿Existe relación entre el síndrome de Ménière y psicopatología?
- 1.1 ¿Existe relación entre el síndrome de Ménière y la presencia de depresión?
- 1.2 ¿Existe relación entre el síndrome de Ménière y la presencia de ansiedad?

2. Hipótesis

Los pacientes que presentan Enfermedad de Ménière presentan psicopatología.

- 2.1 Los pacientes que presentan Enfermedad de Ménière presentan Depresión.
- 2.2 Los pacientes que presentan Enfermedad de Ménière presentan Ansiedad.

2. Antecedentes

El término enfermedad de Ménière se refiere a un conjunto de síntomas que incluyen vértigo episódico, hipoacusia neurosensorial fluctuante, acúfenos y sensación de plenitud en el oído afectado. La correlación anatomopatológica de este conjunto de síntomas es la hidropesía endolinfática. Existen tres fechas importantes en la historia de la enfermedad de Ménière (1861, 1927, 1938) cuando se progresa mucho en la descripción de este trastorno, su patología, patogénia y tratamiento. En 1861, Prosper Ménière, describió el Ménière en su serie de seis artículos en el Medical Journal de París. Su gran contribución al conocimiento de la enfermedad que lleva su nombre fue probar que los síntomas eran de origen laberíntico y que no se debían a enfermedad encefálica ni a "congestión cerebral encefálica", término general que se daba a los trastornos con estos síntomas.

En 1927, Guaid demostró claramente un flujo longitudinal de endolinfa y se refirió al saco endolinfático como sitio de "flujo exterior de endolinfa" en los cobayos. Portmann (1927) describió la cirugía en el saco endolinfático para la enfermedad de Ménière. En el mismo año, Dando popularizó la sección del VIII par craneal como tratamiento para el vértigo en una intervención quirúrgica que fue empleada por primera vez por Parry, en 1904. El siguiente adelanto más importante fue la descripción de Halpike y Cairo (1938) de la hidropesía endolinfática en dos pacientes. Tiene interés histórico el hecho de que ambos pacientes fallecieron como complicación de la sección del VIII par craneal, efectuado para el tratamiento de la enfermedad de Ménière, lo que permitió la primera evaluación anatomopatológica de esta entidad. Con posterioridad aparecieron algunas excelentes y bien documentadas comunicaciones sobre pacientes con enfermedad de Ménière (Altmann, y Fowler, 1943; Lindsay, 1946; Brunner, 1948).

En años recientes, se han descrito hallazgos anatomopatológicos en la enfermedad de Ménière (Antoni-Candela, 1976; Frayse y col., 1980; Paparella 1984). Que aparecieron en series grandes de huesos temporales. El más importante de estos hallazgos fue la hidropesía endolinfática. Era habitual descubrir que la hidropesía afectaba la rampa media y los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

órganos otolíticos. Rara vez se observaba segmentaría mente sólo en la porción vestibular, pero sí muchas veces sólo en la porción coclear.

Historia natural

Stahle y col. En suecia (1978) calcularon que la enfermedad de Ménière es cuatro veces más común que la otoesclerosis. Si bien es difícil extrapolar estas porciones a las cifras de los estados unidos, se calcula que más de 2.4 millones de personas en los estados unidos presentan la enfermedad. Es probable que existan factores raciales (genéticos) y ambientales que influyan en las diferencias de incidencia entre los países y entre las distintas regiones de un país. La enfermedad es mucho más común en los adultos con una edad promedio de inicio en la quinta década de la vida y los síntomas suelen iniciarse entre los 20 y los 60 años de edad. No obstante, hemos observado enfermedad de Ménière típica en muchos niños de tan sólo 4 años de edad y en pacientes de todas las edades hasta los 90 años. La enfermedad de Ménière es igualmente común en ambos sexos (en algunas comunicaciones las mujeres superan a los hombres en una relación de 1.3:1) y ambos oídos se afectan con una frecuencia bastante similar (Meyerhoff y col., 1981).

La incidencia de la enfermedad de Ménière bilateral o unilateral no sólo general dudas sobre su patogénia sino también sobres su diagnóstico y tratamiento. En un estudio reciente, se observó una enfermedad bilateral definitiva en uno de cada tres pacientes y el 78% de todos los pacientes con enfermedad de Ménière presentaban hipoacusia en el oído contralateral (Paparella y Grebic, 1984). En el 50% de los pacientes se observó una configuración audiométrica en pico y habitualmente se presentó un pico leve (¿enfermedad de Ménière incipiente?) en el oído "normal" de los casos unilaterales. Otros patrones audiométricos comunes incluyen pérdidas en las bajas frecuencias en la enfermedad de Ménière incipiente y pérdidas planas en la enfermedad de Ménière avanzada. Cierta subgrupo de pacientes progresa hasta la sordera completa. Los patrones audiométricos menos comunes incluyen pérdidas de alta frecuencia y pérdidas con forma de cubeta.

Definición.

La enfermedad de Ménière puede definirse como un trastorno idiopático del conjunto del laberinto membranoso que afecta al adulto sin predominio de sexo, que origina una entidad clínica caracterizada por la presencia de crisis vertiginosas con signos neurovegetativos marcados, acufenos y una sordera con sensación de oído pleno, variables al principio 1, y luego bilateral, de evolución paroxística e impredecible cuyo sustrato anatomopatológico es probablemente una hidropesia endolinfática.

Teniendo en cuenta la confusión y la imprecisión que caracteriza a menudo la afección, cada uno de los términos de esta definición merece ser discutido.

- "Enfermedad de Ménière" parece preferible a las denominaciones comúnmente admitidas de "Vértigo" o de síndrome de Ménière. El término vértigo parece atribuir un lugar preponderante al síntoma vestibular que, aunque es el más ostensible, no es ni el más constante ni el más preocupante en la historia de la enfermedad. La sordera plantea los mayores problemas terapéuticos y constituye sin dudas el criterio más tangible de eficacia

terapéutica. Si bien estos síntomas característicos de la afección pueden observarse en el curso de afecciones como el síndrome de Cogan, la sífilis y algunas enfermedades autoinmunes la enfermedad de Ménière, es por definición idiomática y debe ser individualizada como tal.

La denominación enfermedad de Ménière parece ser la más adaptada y permite una visión de conjunto de la enfermedad y una cierta uniformidad del lenguaje principalmente respecto a la escuela americana.

- La totalidad del laberinto membranoso está afectado; lo que explica que la sintomatología es y debe ser a la vez coclear y vestibular. Así, una sordera fluctuante o vértigos periféricos repetidos aislados no pueden ser asimilados a la enfermedad de Ménière y solo con reservas se podrían considerar como las variables vestibulares y cocleares de la enfermedad:

- En el estado actual de conocimientos el diagnóstico de la afección se basa casi exclusivamente en los datos de la clínica que caracteriza la asociación necesaria de síntomas cocleares y vestibulares, su aparición por crisis; su variabilidad y su evolución imprevisible. Los exámenes complementarios corroboran el diagnóstico;

- La hidropesía endolinfática, es decir la distensión del laberinto membranoso representa el sustrato anatomopatológico más comúnmente admitido. Conviene recordar no obstante que no siempre se encuentra en el peñasco de pacientes con dicha afección.

Epidemiología

La realización de encuestas epidemiológicas en la enfermedad de Ménière tropieza con numerosas incertidumbres metodológicas, debido principalmente a la ausencia de criterios clínicos o paraclínicos comunes. No obstante, las encuestas llevadas a cabo hasta hoy hacen pensar que:

- La incidencia de la enfermedad es relativamente rara 1/636 a 1/10 000 en Inglaterra, 1/25 000 en Japón, 1/ 2 163 en Suécia, 1/ 13 300 en Francia. Afecta al 0.75% de los pacientes que se consultan en un servicio de ORL en Basilea, Suiza.

- La raza y el sexo no tienen ningún papel significativo: afecta indistintamente a hombres y mujeres blancos, negros o asiáticos.

- La edad de aparición de la enfermedad se sitúa entre los 40 a 60 años, es excepcional o discutible antes de los 20 años.

- El nivel social parece influir en la aparición de la enfermedad que afecta frecuentemente a la clase media y superior.

Patogéniá

En base a datos humanos y experimentales, se han avanzado numerosas hipótesis patológicas que serán consideradas según concierna a la hidropesía endolinfática o a los síntomas observados en la clínica. Sin embargo, en ambos casos estas hipótesis dan como establecida la realidad de la hidropesía endolinfática; cuya aparición se propone explicar o la utilizan para aclarar la sintomatología clínica. Ahora bien el concepto clínico de hidropesía como sustrato histopatológico de la enfermedad no puede ser aceptado sin reservas pues: no es constante en pacientes que han presentado todos los síntomas característicos de la afección (Ej. está ausente en 10 de los 22 pacientes de paparella; desde su descripción inicial en 1938, solo se basa en el examen de algo menor a 150 peñascos humanos; cifra que sin ser despreciable no permite ninguna certeza absoluta; y por último, se observa en otras afecciones diferentes a la enfermedad de Ménière. Conviene por lo tanto tener noción crítica en lo reportado acerca de esta enfermedad.

Patogéniá de la hidropesía endolinfática.

Un análisis simple del fenómeno sugiere que la dilatación en laberinto membranoso, que supuestamente representa el sustrato fisiopatológico de la enfermedad; es provocada por una hiperproducción de endolinfa o bien por una reabsorción insuficiente. Una hiperproducción de endolinfa puede teóricamente ser el resultado de tres fenómenos:

- Una elevación de la presión hidrostática en el segmento arterial de la estría vascular, que provoca una aumento de la pérdida de líquido capilar hacia la ramba media, o una disminución de la presión oncótica plasmática que reduce el retorno de los fluidos del segmento venoso. Esta teoría propone una perturbación del clásico esquema de Sterling que rige los intercambios líquidos en la microcirculación. Sin embargo, no tiene en cuenta el hecho de que aquí la endolinfa resulta de una secreción y no de una ultrafiltración;

- Un aumento de la presión osmótica endolinfática por acumulación de restos celulares o macromoléculas (por pérdida de la función de fagocitosis de los macrófagos del saco endolinfático) o por déficit de hialuronidaza que provoca la acumulación de grandes moléculas hidrofílas. No obstante los datos experimentales así como los resultados bioquímicos de muestras de líquidos laberínticos de los pacientes no permiten sostener tal hipótesis. Sin embargo es probable que las modificaciones, incluso mínimas, de la osmolaridad endolinfática, consecutivas por ejemplo a una afección progresiva o intermitente de los sistemas enzimáticos que la controlan, como la Na⁺-K-ATPasa, pueden inducir movimientos líquidos en dirección al compartimiento endolinfático.

- Una reabsorción insuficiente de la endolinfa por parte de un saco endolinfático deficiente representa, actualmente la hipótesis más comúnmente admitida. Los argumentos que la sustentan son numerosos y reúnen los datos histopatológicos y fisiológicos, humanos o experimentales desarrollados en estudios. La lesión del saco sería consecutiva a una lesión embriopática, genética, infecciosa, traumática u otra que ha pasado inadvertida. El resultado es una acumulación de endolinfa por defecto de la reabsorción del fluido o

depuración de moléculas osmóticamente activas. La hidropesía solo afecta inicialmente al conducto coclear y al saculo y después presiona la válvula utriculoendolinfática y se extiende al utrículo y a los conductos semicirculares. La observación de una hidropesía endolinfática en el curso de enfermedades inflamatorias bacterianas, virales o treponémicas, o de traumatismos accidentales o quirúrgicos, debidamente autenticados, han conducido a algunos autores a considerar la enfermedad de Ménière como una variante idiomática de las hidropesías endolinfáticas sintomáticas progresivas. Esta teoría de la lesión primaria del canal endolinfático actualiza la propuesta en 1938 por Hallpike y Cairns según la cual la distensión del laberinto membranoso es la consecuencia tardía de una lesión estructural del saco cuyo papel en la hidropesía había sido sugerido por Guaid, unos años antes.

Patogénesis de los síntomas

La crisis y la teoría de la ruptura

La hipótesis más clásica es la descrita por Lawrence y Mc Cabe en 1959, retomada y desarrollada por Schuknecht algunos años más tarde de la 'ruptura del laberinto membranoso y de la intoxicación potásica' bajo el efecto de su distensión progresiva, el laberinto membranoso acaba por romperse, liberando el potasio endolinfático que, según el lugar de la ruptura, difunde la perilinfa de la rampa vestibular del conducto coclear desde donde el ion alcanza seguidamente, a través del helicotrema, la rampa timpánica. Este exceso brusco de potasio afecta directamente la sinapsis neurosensorial o bien a la propia fibra nerviosa (que esta inmersa en la cisterna vestibular o discurre por los conductos de Rosenthal en contacto con la perilinfa por la habenua perforata. Sigue una despolarización, al principio aumenta la frecuencia de los potenciales de acción y después los bloquea. En la práctica esto se traduce:

- En el vestíbulo, por un vértigo con nistagmo que bate inicialmente hacia al oído enfermo (clásico nistagmo irritativo) y, cuando la concentración de potasio sobrepasa los 20 mMol/dl al oído sano, clásico nistagmo de destrucción); por último, cuando el exceso de potasio es depurado de nuevo hacia el oído enfermo (clásico nistagmo de recuperación) para luego desaparecer. La duración de estos síntomas depende del tiempo requerido para la renovación del líquido;

- En la coecla, por acufenos (por incremento de la frecuencia de los potenciales de acción) y por una sordera (por el bloqueo de los impulsos nerviosos) que afecta inicialmente a las frecuencias graves localizadas en el vértice (allí donde predomina la hidropesía al principio), en un estadio más tardío, el conjunto de la gama sonora se ve afectado debido a una fistula organizada responsable de una contaminación hermanen te de las estructuras neurosensoriales.

- Aparece a continuación la cicatrización de la fistula que permite retomar el ciclo de distensión y ruptura. En un estudio avanzado; el laberinto membranoso presenta deformaciones permanentes responsables del desequilibrio y de sordera también permanentes mientras que la cavidad vestibular está ocupada por placas de tejido fibroso denso; estigmas de los múltiples procesos de cicatrización llevados a cabo en el curso de la evolución. Estas conexiones fibrosas aseguran la transmisión de los estímulos mecánicos

entre las diferentes estructuras que unen, y principalmente entre la base del estribo y las estructuras vestibulares. Así, se explica el típico signo de Hennebert descrito en 1911: "inducción de un vértigo con nistagmus mediante compresión digital del CAE" este signo de la fistula sin fistula habitualmente observado en la sífilis laberíntica, también esta presente en más de un tercio de los casos de enfermedad de Ménière.

A favor de esta activa teoría.

En la ruptura membranosa se ha propuesto una alternativa: La de un aumento brusco de la permeabilidad del compartimiento endolinfático. Las uniones intercelulares, que garantizan la absoluta permeabilidad electroquímica de dicho compartimento; perderían bruscamente su propiedad y autorizarían una fuga de potasio, que debido a un gradiente electroquímico altamente favorable, se efectuaría hacia los espacios perilinfáticos.

Clinica

El cuadro clínico de la enfermedad de Ménière se caracteriza por la aparición simultánea o no de síntomas sugerentes. Vértigo rotatorio que aparecen por crisis, sordera y acúfenos unilaterales a los cuales algunos especialistas asocian con sensación muy particular de oído pleno. Esta asociación sintomática es indispensable para el diagnóstico de enfermedad de Ménière. El examen clínico resulta esencial puesto que identifica estos síntomas en el momento de una crisis o con mayor frecuencia los encuentra en la anamnesis. Los exámenes complementarios principalmente audiométricos y vestibulares confirman el diagnóstico.

Síntomas

La crisis vertiginosa, elemento importante y espectacular de la enfermedad es al igual que esta evidentemente variable en su modo de presentación, su desarrollo, su duración su intensidad y su frecuencia.

Puede aparecer a cualquier hora, en plena noche, despertando al paciente o en caso de estrés o de fatiga. Generalmente es precedido por 15 a 20 minutos por signos premonitorios auditivos aislados o asociados, pero unilaterales: Aparición o modificación de acufeno o de la hipoaucasia; plenitud ótica o sensación de presión auricular, estos signos premonitorios verdadera aura de crisis vertiginosa permiten al paciente que ya ha tenido una crisis tomar ciertas medidas de seguridad como sentarse, recostarse, detener su coche, etc., a continuación inicia un vértigo rotatorio que obliga al paciente a mantenerse acostado.

Esta sensación se acompaña de signos neurovegetativos y digestivos importantes: Mareos, lipotimia, sudores, náuseas, vómitos, diarrea, cefalea, signos que pueden orientar el diagnóstico hacia una patología digestiva. Estos subrayan el valor de los signos auditivos que permiten atribuir al oído interno un aparente ataque al hígado. No hay pérdida del conocimiento aunque se hayan observado síncope. La sensación vertiginosa alcanza su clímax en algunos minutos y dura aproximadamente de 2 a 3 hrs. (nunca más de 24hrs), para luego atenuarse dejando al paciente agotado y con sueño. Una vez pasada la crisis el enfermo parece sentirse totalmente disponible y quejarse durante algunos días de mareos, abstemia, inestabilidad durante los movimientos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A veces, principalmente e un estadio la crisis aparece sin signos antecedentes y se parece a una sensación semejante al cabeceo o balanceo de una nave, de ascenso, de descenso o de lateralización.

Las frecuencias de las crisis varían considerablemente de un paciente al otro o en un mismo paciente, yendo desde varias crisis por semana o algunas crisis separadas por meses o años. Teóricamente esta frecuencia disminuye a menudo que evoluciona, aunque algunos autores estiman que es independiente de la duración de la evolución.

Acufenos

Simulando típicamente un ruido de caracol marino, también puede dar una sensación de silbido, de ronronco o de zumbido. Constantes o intermitentes, habitualmente no pulsátiles; aparecen o se acentúan generalmente previo a la crisis vertiginosa. Por lo tanto, su interés es doble: Constituyen un signo anunciador que advierte al paciente sobre la inminencia de la crisis, y permiten atribuir al oído interno las manifestaciones vertiginosas o neurovegetativas y localizar el lado afectado.

Puede clasificarse su intensidad en 3 grados:

Grado 1.- Acufenos perceptibles solo en el silencio.

Grado 2.- Perceptibles en cualquier entorno, pero que disminuyen en las actividades mentales.

Grado 3.- Permanente. Y que repercute sobre la vida del paciente.

Esta clasificación aunque es subjetiva, permite apreciar la repercusión psíquica y evaluar el resultado de diversas terapéuticas.

Sordera

Es constante durante la crisis y tiene, como los acufenos un valor localizador y diagnóstico.

Al principio de la evolución, la hipoacusia predomina en las frecuencias graves y presenta fluctuaciones evidentemente características de la afección, con retorno a la normalidad en algunas horas o días. Estas fluctuaciones, imprevisibles e irregulares, se asocian a menudo con una sensación de oído tapado, pleno o de presión que cede generalmente después de el ataque.

Durante la evolución, la sordera se acentúa; afecta a todas las frecuencias, pierde sus fluctuaciones tan características y se estabiliza a un nivel situado entre 50 y 70dB; la cofosis es excepcional.

Esta hipoacusia se acompaña de signos que evidencian su naturaleza endococlear: Afección de la discriminación; intolerancia a los sonidos fuertes, distorsión sonora, displacuis.

Otras manifestaciones clínicas

Entre los síntomas a menudo observados, tres merecen ser destacados.

Cefaleas y migrañas

A veces son observadas por los pacientes, Algunos autores muestran una incidencia muy elevada de esta asociación patológica. No obstante parece difícil establecer una relación patogénica precisa entre estas manifestaciones la enfermedad de Ménière. Por otro lado, esta perfectamente establecido que durante o entre las crisis de migraña basilar autentica pueden aparecer síntomas neurootológicos y particularmente vértigos rotatorios, incluso a veces acompañados de signos auditivos. Independientemente de cualquier consideración patogénica, parece importante identificar, ante todo cuadro que haga pensar en una enfermedad de Ménière, una migraña eventual susceptible de beneficiarse de un tratamiento adaptado.

Rinopatía vasomotora

Una rinopatía vasomotora puede ser observada ya sea de naturaleza alérgica o no. Su presencia podría reflejar un terreno particular atópico o neurovegetativo. Es así como ha sido propuesta una hipertensión parasimpática como etiología de los síntomas, con una crisis vértiginosa como equivalente auricular de la crisis nasal. De hecho, la incidencia de esta manifestación no parece significativa en la enfermedad de Ménière.

Contexto psicológico

El contexto psicológico, en cambio constituye un elemento esencial del cuadro clínico innumerables publicaciones^{1,2,3} han subrayado el papel indiscutible del estrés, de la fatiga, de las preocupaciones personales o profesionales o incluso de choques afectivos en la aparición de las crisis. La observación clínica cotidiana en sí misma permite a menudo constatar el perfil psicológico de estas pacientes, a menudo inteligentes y cultos pero meticulosos, responsables al extremo, perfeccionistas y obsesivos, algunos autores⁴ llegan a considerarlo un elemento indispensable del diagnóstico, según otros especialistas, se trata de una enfermedad psicosomática, la enfermedad de Ménière sería 'la ulcera del oído interno'. No obstante, ningún estudio ha logrado una relación causal significativa entre este terreno psicológico y la aparición de síntomas auditivos. La multiplicación de las crisis, el temor a ellas y su incidencia sicológica, muy importante, a veces son susceptibles de repercutir sobre el comportamiento psíquico del paciente.

Tratamiento

A pesar de la abundante literatura se le ha consagrado y sin duda debido a esta; el tratamiento médico o quirúrgico de la enfermedad de Ménière puede resumirse en algunas formas lapidarias.

No existe tratamiento específico de la enfermedad como máximo es posible dominar solo uno de los signos cardinales de la afección. El vértigo. Aunque debe admitirse que para conseguirlo es disminuir o destruir la función vestibular y/o adormilar al paciente. Los otros síntomas: Acufenos, plenitud ótica y sobre todo sordera; escapan a las diversas e innumerables terapéuticas.

Al menos tres factores dan cuenta de esta impotencia terapéutica y de la dificultad de interpretar y comparar los resultados.

- La ignorancia de los mecanismos pato genéticos que preceden la instauración y el desarrollo de la enfermedad.
- La evolución totalmente irracional de la afección y su extrema variabilidad intra e interindividual.
- La influencia de los factores psicológicos en la historia natural de la enfermedad y en las vivencias del acto terapéutico por parte del paciente.

Los buenos resultados de los diversos tratamientos médicos propuestos hasta hoy varían ineffectivamente entre el 60 y el 80%, sugiriendo un efecto placebo. Solo los ensayos terapéuticos parecen capaces de demostrar la eficacia actual de un tratamiento dado.

La abundancia y la variedad de las diversas terapéuticas médicas solo pueden compararse con las de la hipótesis patogénicas que intentan justificarlas.

El tratamiento quirúrgico ocupa un lugar limitado, aunque indispensable. Sus indicaciones han sido sin duda, aumentadas por el entusiasmo intempestivo de numerosos cirujanos, parecen colmar los fracasos de los tratamientos medicamentosos, o más exactamente del tratamiento médico.

Tratamiento de fondo

Complemento indispensable del tratamiento de las crisis iniciadas sobre el curso, su objetivo consiste en impedir o retrasar al máximo la aparición de una nueva crisis y sobre todo prevenir la instauración de una hipoacusia definitiva.

Tratamiento de terreno

Es el tiempo esencial del acto terapéutico.

Como subraya más arriba como el terreno, es decir la personalidad del paciente, su entorno sicoprofesional y sus vivencias de los síntomas, juegan sin duda un papel primordial en la historia natural de la enfermedad. Y no faltan publicaciones que hablen en efecto de enfermedad 'psicosomato-psiúica' de forma equivalente a las úlceras gastrointestinales, colitis espasmódicas y otras migrañas donde, el temor de una nueva crisis genera estrés, cerrando un círculo vicioso. Por lo tanto es esencial acompañar cualquier prescripción medicamentosa de un tratamiento global del paciente que asocie:

- Establecimiento de una relación de confianza médico - paciente, que comprenda información y discusión sobre la afección, sus incertidumbres y su benignidad, preparando al paciente para aceptar las vicisitudes evolutivas y terapéuticas.
- La entrega al paciente de un formulario especial, verdadero libro de a bordo de sus afecciones en el cual podrá anotar todos los episodios de la enfermedad, parece particularmente apreciado y eficaz.
- Normas 'higiénico-dietéticas', consistentes en aconsejar un modo de vida equilibrado sin excesos de tabaco o de alcohol así como un régimen alimentario hipo sódico. Discutir, ya que no siempre es posible resolver los conflictos

personales, profesionales o de cualquier naturaleza susceptible de repercutir sobre el equilibrio del sujeto.

- Tratamiento medicamentoso de la ansiedad. Los medicamentos más utilizados actualmente son las benzodiazepinas. Existen otras alternativas que el medico debe saber emplear con habilidad. Los barbitúricos escasamente dosificados a excepción de una contraindicación respiratoria o hepática, son útiles por su efecto discretamente sedante. La hidroxicina en posología de 300 a 400 mg es bien aceptada y eficaz en curso de un periodo vertiginoso. Los betabloqueadores tienen una notable acción ansiolítica, y se indican cuando en enfermo tiene cefaleas o migrañas. Por último, la administración de antidepresivos sedantes encuentra aquí una excelente indicación. La amitriptilina y la miancerina deben prescribirse a largo plazo y por las noches.

Tratamiento quirúrgico

Será únicamente enumerado.

- Cirugía del saco endolinfático
- Saculectomía
- Osmocirugía
- Simpatectomía cervical
- Descompresión de un bucle vascular
- Laberintectomía.

¿Qué es un trastorno depresivo?

Un trastorno depresivo es una enfermedad que afecta todo su cuerpo, su estado de ánimo y sus pensamientos. Afecta la forma en que usted come y duerme, lo que opina de usted y el concepto de la vida en general. Un trastorno depresivo no es un estado de ánimo triste, pasajero, tampoco una señal de debilidad personal o una condición que se pueda alejar con la voluntad. Las personas que sufren enfermedad depresiva no pueden tan solo animarse y de inmediato sentirse mejor, Sin tratamiento los síntomas pueden durar meses o años. En cambio un tratamiento adecuado puede ayudar a las personas que sufren de la depresión.

Los síntomas de la depresión son:

- Estado de ánimo persistente, triste, ansioso o vacío.
- Sensación de desesperanza, de pesimismo.
- Sensación de culpa, de inutilidad, de incapacidad.
- Pérdida de interés en actividades que antes eran placenteras, incluyendo el sexo.
- Insomnio o dormir más de lo necesario.
- Pérdida de apetito y-o de peso, o comer en exceso ocasionando el incremento del mismo.
- Pensamiento sobre la muerte o el suicidio, intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Dificultad en concentrarse, en recordar o tomar decisiones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Síntomas físicos que no responden a tratamiento: Dolores de cabeza, desordenes digestivos, etc.

Un trastorno depresivo mayor se manifiesta por medio de una combinación de estos síntomas e impiden la habilidad de trabajar, dormir, comer y disfrutar de las actividades placenteras. Estos episodios pueden presentarse en varias ocasiones en el transcurso de la vida. La "*distimia*" es un tipo de depresión menos severo que involucra síntomas de larga duración que no inhabilitan, pero que impiden rendir al máximo o que usted se sienta bien. Otra clase de trastorno depresivo es la enfermedad "*maniaco depresiva*" también conocida como "*depresión bipolar*". La misma presenta ciclos de depresión y júbilo o de manía. En ocasiones los cambios de ánimo son dramáticos y rápidos, pero en general son graduados. Si el paciente se encuentra en el ciclo maniaco puede presentar cualquiera de los síntomas siguientes:

- Irritabilidad inadecuada.
- Grado serio de insomnio.
- Ideas de grandeza.
- Hablar en exceso.
- Pensamientos atropellados y desarticulados.
- Aumento del deseo sexual.
- Marcado aumento de energía.
- Comportamiento social inapropiado.

Causas de la depresión.

Algunas formas de depresión son genéticas, lo que indica que alguna vulnerabilidad biológica puede heredarse. Este parece ser el caso de la enfermedad "*maniaco-depresiva*". Sin embargo no puede decirse que todas las personas con la configuración genética que causa la vulnerabilidad a la enfermedad "*maniaco depresiva*" la sufren. Existen factores adicionales tales como la tensión en el entorno en que se mueven las personas, que pueden ocasionar el inicio de los problemas.

La configuración psicológica también juega un papel importante en la vulnerabilidad al tener la depresión. Las personas que tienen una pobre opinión de sí mismos, o que se juzgan a ellas con pesimismo o se dejan embargar por las presiones, son propensas a sufrir la depresión.

Una pérdida seria, una enfermedad crónica, una relación conflictiva con otro significativo puede ocasionar un episodio depresivo. Con frecuencia, una combinación de factores genéticos, psicológicos y del medio ambiente están presentes cuando se inicia un trastorno depresivo.

Trastorno depresivos Introducción

Las depresiones son tan prevalentes en la población general 3 a 5%⁵ y tan comunes en la consulta médica 12 al 25%⁵ Según Watts solo un 0.2% de los pacientes deprimidos

consultan al psiquiatra, un 9% al médico general y posiblemente 89% nunca acuden a consulta médica.

Definición

Las depresiones son un conjunto heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido; disminución del disfrute, apatía, y pérdida del interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia, ideas suicidas. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados.

Epidemiología

Según estudios de Epidemiological Catchment Area realizado en Norteamérica la prevalencia de depresión es de 2.2% y la de distimia es de 3%, el riesgo que un individuo tiene de sufrir un episodio de depresión mayor en su vida es de 4.4% y de distimia del 6%.

Otros estudios refieren cifras de 10 al 25% en mujeres y del 10 al 15% en hombres para depresión en general.

Según encuestas con médicos la depresión es el fenómeno psiquiátrico más frecuentemente diagnosticado. Las depresiones son más frecuentes en el sexo femenino 2:1, se atribuye a trastornos genéticos, fisiológico, endocrino y a desventajas psicológicas del papel femenino en nuestra sociedad. El máximo de frecuencia en las mujeres está entre 30 y 60 años y en hombres entre 40 y 70 años.

Clasificación

La clasificación actual divide las depresiones de acuerdo a su patrón de presentación (episodio único o recurrente y trastorno persistente). Posteriormente la subdivide de acuerdo a la intensidad en leve, moderada y severa con o sin síntomas psicóticos.

Clasificación DSM IV⁶

Episodio depresivo
Trastorno depresivo recurrente
Trastorno persistente del ánimo (distimia)
Otros trastornos depresivos

Diagnóstico

Los pacientes deprimidos pueden dividirse en tres grupos de acuerdo a la sintomatología que los lleva a consultar.

1. Esta constituido por los pacientes que manifiestan predominantemente síntomas depresivos (tristeza, sentimientos de culpa, ideación suicida etc.)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. Consulta por síntomas generales u orgánicos (Insomnio, anorexia, cansancio, cefalea, vértigo)
3. Se manifiesta por otros síntomas psiquiátricos dentro de los cuales predomina la ansiedad que también es a menudo mal diagnosticada.

Existen numerosas escalas para el diagnóstico de la depresión en este caso escogimos la más adecuada para la aplicación en consultorio en poco tiempo previamente validada y de fácil manejo para el médico de segundo contacto: *La escala de ansiedad y depresión de Golberg* la cual fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en la atención primaria, la ansiedad y la depresión. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo diseñado para ser manejado por el médico. Puede servir de guía de la entrevista aunque sin sustituir a la historia clínica así como un indicador de la prevalencia y de la gravedad y evolución de dichos trastornos. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la atención primaria, tiene una sensibilidad (83.1%), especificidad (81.8%) y valor predictivo (95.3%) positivo adecuados

Ansiedad

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por ansiedad cognoscitiva excesiva y síntomas físicos generalizados y persistentes. El síntoma cardinal es la excesiva ansiedad cognoscitiva, manifestada por preocupación o temores exagerados en relación a la salud, aspectos económicos laborales, familiares etc. A menudo una ansiedad anticipatorio. Estas expectativas aprensivas se asocian al menos a 3 de los siguientes 6 síntomas:

1. Desasosiego o inquietud motora
2. Fatigabilidad fácil
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blando
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Trastornos del sueño

La enfermedad de Ménière es la causa más común de inicio en los adultos de vértigo episódico recurrente con hipoacusia, son frecuentes visitantes de la oficina del médico debido a los efectos disruptivos de sus síntomas, y la naturaleza crónica, episódica de su enfermedad. Aunque la mayoría mejora con los tratamientos actuales, una proporción substancial tienen secuelas crónicas y muy pocos remisión pronta.

El síndrome depresivo, ansiedad y otros trastornos psiquiátricos son comunes en pacientes con Vértigo, la psicopatología puede ser una complicación secundaria de una enfermedad crónica neurológica. Los síntomas psicológicos pueden ir desde estados emocionales anormales como desmoralización en desordenes de balance crónicos hasta enfermedades psiquiátricas desarrolladas tales como depresión mayor, desorden de pánico etc.

Siendo las dos psicopatologías mas frecuentes en población abierta la depresión y la ansiedad este estudio será enfocado en estas dos patologías.

4. Objetivo

- Determinar la incidencia de pacientes con Enfermedad de Ménière coexistiendo con Depresión.
- Determinar la incidencia de pacientes con Enfermedad de Ménière coexistiendo con Ansiedad.
- Determinar que sexo, grupo etario de los pacientes con Enfermedad de Ménière.
- Generar una aproximación al tratamiento integral al paciente con síndrome de Ménière.

5. Justificación

¿Es importante determinar la frecuencia de relación entre depresión, ansiedad y Enfermedad de Ménière?: En pacientes que acuden a la consulta externa de ORL, y de cómo ésta puede afectar negativamente la evolución satisfactoria de la enfermedad.

¿Es importante determinar como el paciente que tiene la enfermedad puede desarrollar psicopatologías que alteren su forma de vida, de relacionarse en el trabajo, familia, y en general interpersonal y su funcionalidad en su vida?

Los pacientes que presentan esta asociación de enfermedades se enfrentan a una serie de problemas en recibir tratamiento efectivo. La mayoría de los pacientes asume que los síntomas físicos son el problema primario, piensan que sus síntomas psicológicos se resolverán en cuanto sean diagnosticados y tratados adecuadamente, frecuentemente perciben una referencia al psiquiatra o psicólogo como una evidencia de que no son tomados seriamente. Generalmente el médico Otorrinolaringólogo no está familiarizado ni sensibilizado en diagnosticar y referir a estos pacientes a ayuda mental adecuada. La investigación clínica tiene que tomar en cuenta los efectos de la enfermedad en los aspectos no detectables con el manejo clínico estandarizado actual.

6. Diseño.

6.1 Tipo de investigación

Estudio prospectivo, observacional, que se realiza en pacientes de la consulta externa de otorrinolaringología del HRL ALM, y en el Hospital general "Carlos Calero Elorduy" ambos pertenecientes al ISSSTE que presentan síndrome de Ménière diagnosticados mediante la triada característica (vértigo, hipoacusia, acúfeno) por más de 3 meses (para cumplir con el criterio de vértigo crónico).

6.2 Grupo de estudio:

6.2.1 Grupo problema:

Pacientes con síndrome de Ménière con la triada clásica (vértigo, acufeno, hipoacusia fluctuante), con sintomatología inicial de mínimo 3 meses previo a la realización del estudio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.2.2.1 Tamaño de la muestra.

Se incluirán a todos los pacientes que acudan al servicio de ORL y CCC Del HRL ALM y al Hosp. "Carlos Calero Elorduy" del ISSSTE, que cumplan con criterios clínicos diagnósticos de síndrome de Ménière del periodo 1º. Enero del 2003 al 31 de Julio del 2003.

6.2.2.2 Criterios de Inclusión

Todos los pacientes que cumplan con criterios diagnósticos para Síndrome de Ménière presentando la triada clásica (Vértigo, acufeno e hipoacusia) con sintomatología mayor a 3 meses de inicio.

6.2.2.3 Criterios de exclusión

Pacientes con enfermedad psiquiátrica diagnosticada previamente.

6.2.2.4 Criterios de eliminación

Ninguno.

6.3 Cédula de recolección de datos.

Anexo 1

6.4 Descripción general del estudio.

Se planea la realización de el estudio con pacientes de la consulta externa de el servicio de Otorrinolaringología y CCC del Hosp. Reg. Lic Adolfo López Mateos, la muestra será autoincluida debido al hecho que se aplicará el cuestionario a todos los pacientes que asistan a la consulta externa que cumplan con criterios diagnósticos para Síndrome de Ménière.

La investigación se llevará a cabo por medio de un cuestionario el cual es la *escala de ansiedad y depresión de Golberg* la cual fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en la atención primaria, la ansiedad y la depresión. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo diseñado para ser manejado por el médico. Puede servir de guía de la entrevista aunque sin sustituir a la historia clínica así como un indicador de la prevalencia y de la gravedad y evolución de dichos trastornos. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la atención primaria, tiene una sensibilidad (83.1%), especificidad (81.8%) y valor predicativo (95.3%) positivo adecuados.

- Instrucciones para su aplicación:

La administración d estas escalas no substituye a la recogida en la historia clínica, puesto que su valor predictivo positivo es alto, si el test es positivo existe una alta probabilidad de padecer ansiedad o depresión. La probabilidad es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas.

La prueba consta de 2 subescalas: una para la detección de la ansiedad y otra para la detección de depresión. Ambas escalas tienen 9 preguntas, pero las cinco últimas preguntas de cada escala solo se formulan si hay respuestas positivas a las primeras cuatro preguntas que son obligatorias. El médico debe preguntar al paciente acerca de los síntomas contenidos en cada una de las escalas, referidos a los 15 días previos a la consulta, debiendo ignorar los síntomas que en el momento actual han dejado de estar presentes o cuya intensidad es leve.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Aunque pueden existir otros síntomas que deben ser explorados, la puntuación se obtendrá solo a partir de los mencionados en las escalas, aunque todos los ítems tienen la misma puntuación siguen un orden de gravedad creciente, de forma que los últimos ítems de la escala suelen aparecer en los trastornos más graves.

6.5 Calendario de Actividades

Se realizará cuestionario a todos los pacientes durante el transcurso de la consulta otorrinolaringológica y que cumplan con criterios de inclusión.

6.6 Análisis de datos

Se utilizará la escala de Goldberg la cual es una escala estandarizada y validada internacionalmente para el estudio de las dos variables a estudiar en esta tesis: Ansiedad y depresión.

6.7 Métodos matemáticos para el análisis de datos

6.7.4 Coeficiente de correlación

7 Recursos

Financiada por el investigador

7.1 Humanos

Médicos adscritos y residentes al servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del HRL ALM del ISSSTE en el diagnóstico de la enfermedad en estudio y en la aplicación del cuestionario.

7.2 Físicos

Cuestionario con las escala de de Goldberg

8. Financiamiento

8.1 Costo de la investigación

No se cuenta con datos de costo final de la investigación.

9. Aspectos éticos

Este estudio no es un procedimiento de investigación que pueda causar daño serio o prolongado a un participante, por tanto protege a los participantes de toda molestia daño o peligro mental que pueda venir de este procedimiento.

El cuestionario es sencillo y respetuoso con la intimidad del paciente.

Se realizó consentimiento informado y se recabo por escrito: *Ver anexo II*

10. Resultados

Se estudiaron 32 pacientes en total con diagnóstico clínico de Síndrome de Ménière, con la triada característica a los cuales se les aplico el cuestionario. Un paciente fue excluido por encontrarse ya en tratamiento psiquiátrico con diagnóstico de Depresión mayor.

De los 31 pacientes que se incluyeron el mayor porcentaje correspondió a mujeres con un 77%, y 23% de hombres.

La edad fue entre 31 y 62 años con una media de 47 años y moda de 42 años.

A todos los pacientes se les realizó el cuestionario de la escala de depresión y ansiedad de Golberg, escala la cual se encuentra validada previamente ha demostrado una fiabilidad y validez en el ámbito de la atención medica primaria. Tiene una sensibilidad (83.1%), especificidad (81.8%) y valor predictivo (95.3%) positivo adecuados. Si el test es positivo existe una alta probabilidad de padecer ansiedad o depresión. La probabilidad es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas.

La prueba consta de 2 subescalas: una para la detección de la ansiedad y otra para la detección de depresión. Ambas escalas tienen 9 preguntas, pero las cinco últimas preguntas de cada escala solo se formulan si hay respuestas positivas a las primeras cuatro preguntas que son obligatorias. Se preguntó a los pacientes acerca de los síntomas contenidos en cada una de las escalas, referidos a los 15 días previos a la consulta, debiendo ignorar los síntomas que en el momento actual han dejado de estar presentes o cuya intensidad es leve. Los criterios de valoración son:

- Para la escala de ANSIEDAD: 4 o más respuestas afirmativas.
- Para la escala de DEPRESION: 2 o más respuestas afirmativas.

Los ítems siguen un orden de gravedad creciente, de forma que los últimos ítems de cada escala suelen aparecer en los pacientes con trastornos más graves⁵. Puesto que su valor predictivo positivo es alto, si el test es positivo existe una alta probabilidad de padecer ansiedad o depresión. La probabilidad es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas. Existe depresión mayor en pacientes con 6 o más respuestas afirmativas y de acuerdo a la validación de esta escala tienen un riesgo 37% mayor de cometer suicidio que la población general.

Los resultados de la subescala de ansiedad: 100% se han sentido excitado, nervioso o tensión, 100% han estado preocupados por algo, 93.5% se han sentido irritables, 87% han tenido dificultad para relajarse, 77% han dormido mal o han tenido dificultades para dormir, 96% han tenido dolores de cabeza o de nuca, 80% han tenido temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea, 96% han estado preocupados por su salud, 90.3% han tenido dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormidos.

27 pacientes (87%) de los pacientes con síndrome de Ménière cumplen con criterios diagnósticos de ANSIEDAD.

Los resultados de la subescala de depresión: 80.6% se han sentido con poca energía, 70% han perdido el interés por cosas, 67% ha perdido la confianza en si mismos, 90% se han sentido sin esperanza, 90% han tenido dificultad para concentrarse, 38.7% han perdido peso, 58% se despiertan temprano, 87% se han sentido enteltecidos, 61% creen que tienen tendencia a encontrarse peor por las mañanas.

24 pacientes (77%) de los pacientes con síndrome de Ménière cumplen con criterios diagnósticos de DEPRESION.

24 pacientes (77%) presentan una calificación de 9/9 en la escala de Goldberg para ansiedad.

18 pacientes (58%) presentan una calificación de 7/9, 8/9 o 9/9 en la escala de Goldberg para depresión y son considerados población de alto riesgo para cometer suicidio.

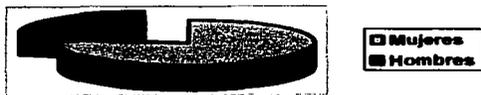
11. Conclusiones

1. El síndrome de Ménière es una enfermedad que coexiste con sicopatología y que esta puede ser parte medular del padecimiento del paciente.
2. El médico otorrinolaringólogo como médico especialista en la atención del síndrome de Ménière tiene que tener preparación y sensibilidad en detectar y conocer el manejo de la sicopatología que se presenta en esta enfermedad, hecho actualmente ignorado en los libros de consulta de especialidad usuales y en los programas de formación de médicos residentes.
3. El estudio actual fue tomado por los pacientes como algo muy positivo y refirieron la mayoría verbalmente agradecimiento al ser tomados en cuenta como seres humanos.
4. El desconocimiento y falta de preparación y sensibilidad en detectar esta sicopatología influye negativamente en el tratamiento y hace difícil el control de la enfermedad.
5. El paciente con índice alto de depresión no es funcional social, familiar y laboralmente limitando su vida en todos los aspectos.
6. Se estima que la depresión afecta del 3 al 5% de la población mundial². Los estudios en Europa y en Estados Unidos indican que en la población adulta, aproximadamente del 18 al 23% de las mujeres y del 8 al 11% de los hombres tienen o han tenido en algún momento un episodio de depresión mayor, en este estudio se demuestra que el 77% de los pacientes que tienen Síndrome de Ménière tienen algún grado de depresión clínicamente comprobada, muy por encima de la estadística en población abierta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICAS

Distribución por Sexo

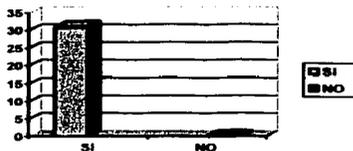


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

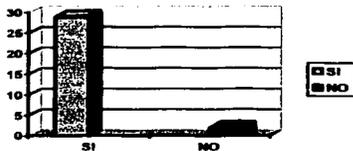
Pregunta 1 subescala de Ansiedad
¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?



Pregunta 2 subescala de Ansiedad
¿Ha estado muy preocupado por algo?

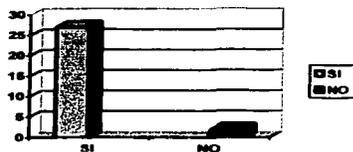


Pregunta 3 subescala de Ansiedad
¿Se ha sentido muy irritable?



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

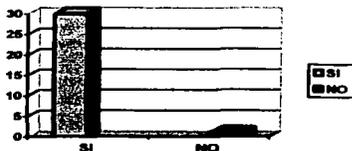
Pregunta 4 subescala de Ansiedad
¿Ha tenido dificultad para relajarse?



Pregunta 5 subescala de Ansiedad
¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?

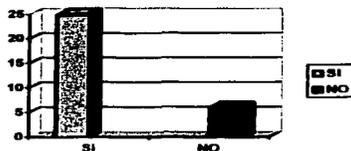


Pregunta 6 subescala de Ansiedad
¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?



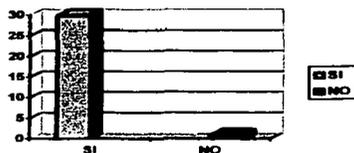
Pregunta 7 subescala de Ansiedad

¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: Temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?



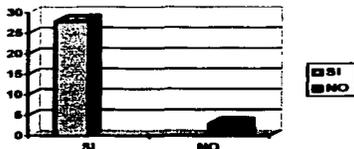
Pregunta 8 subescala de Ansiedad

¿Ha estado preocupado por su salud?



Pregunta 9 subescala de Ansiedad

¿Ha tenido dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?



Pregunta 1 subescala de Depresión
¿Se ha sentido con poca energía?



SI
 NO

Pregunta 2 subescala de Depresión
¿Ha perdido usted el interés por cosas?



SI
 NO

Pregunta 3 subescala de Depresión
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?



SI
 NO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Pregunta 4 subescala de Depresión
¿Se ha sentido usted sin esperanza?



SI
 NO

Pregunta 5 subescala de Depresión
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?



SI
 NO

Pregunta 6 subescala de Depresión
¿Ha perdido peso?



SI
 NO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Pregunta 7 subescala de Depresión
¿Se ha despertado demasiado temprano?



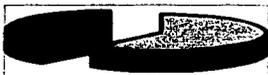
SÍ
 NO

Pregunta 8 subescala de Depresión
¿Se ha sentido enlentecido?



SÍ
 NO

Pregunta 9 subescala de Depresión
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?



SÍ
 NO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANSIEDAD EN PACIENTES CON SINDROME DE MÉNIÈRE
(Población 31 pacientes)



DEPRESION EN PACIENTES CON SINDROME DE MÉNIÈRE
(Población 31 pacientes)



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anexo A

ESCALA DE GOLDBERG

a) Cuestionario para el paciente

Nombre del paciente _____ Edad: _____ Fecha: _____
Tiempo con vértigo: años: _____ meses: _____ Cédula: _____ Teléfono: _____

Pregunta

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?

Si No

2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?

3. ¿Se ha sentido muy irritable?

4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

Si hay 3 o más respuestas afirmativas continuar respondiendo

5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?

6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?

7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?

8. ¿Ha estado preocupado por su salud?

9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

Total ansiedad: _____

Pregunta

1. ¿Se ha sentido con poca energía?

Si No

2. ¿Ha perdido ud el interés por cosas?

3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?

4. ¿Se ha sentido ud desesperanzado, sin esperanzas?

Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores continuar

5. Ha tenido dificultades para concentrarse?

6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)

7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?

8. ¿Se ha sentido entelecido?

9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Total depresión: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anexo B

Consentimiento informado para el paciente

Usted se encuentra seleccionado para participar en un estudio prospectivo respecto a las implicaciones psicológicas de la enfermedad con la cual usted cursa, el cual nos ayudará a entender de manera más integral a pacientes con esta enfermedad y poderles brindar un mayor apoyo en todos los campos.

Por medio de la presente autorizo a los médicos del servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hosp. Reg. Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE para colaborar con ellos en el protocolo "vértigo y depresión" respondiendo los cuestionarios que se me entregarán, conociendo que mi participación es confidencial y solo se expondrán los resultados generales e importantes allí vaciados sin uso de nombres propios de ninguno de los pacientes que con él colaboran.

Acepto

Nombre: _____

Firma: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. FOWLER E.P. ZECKEL A. - Psychosomatic aspects of Menieres Disease's.- J.A.M.A. 1952, 148, 1265-1271
2. HINCHCLIFFER. Personality profile in Meniere's disease. J. Laryngology Otol. 1967; 81-477.
3. WILLIAMSON D.G. GIFFORD F.- Psicomatic aspects of Meniere Disease. Acta Otolaryngol., 1971, 109, 118-120.
4. JONGKEES L.B.W. Medical tratamient of Meniere disease Acta Otolaryngol. 1964, Supl. 192, 109-112.
5. A. POLAINO-LORENTE, La depresión. Barcelona, 1985, p 12-13
6. KOCSKS JH: DSM IV, depresión, 1:24-28, 1993.
7. RICARDO JOSE TORO, Psiquiatria, Centro Inv. Biológicas Colombia 1997.
8. MICHAEL P. MURPHY, MD, Measuring the effects of Ménière Disease: Results of the patient oriented severity index Versión I, Ann Otol Rhinol Laryngol 1999.
9. DE LA GANDARA JI, Manejo de depresión y ansiedad en atención primaria. Aten Primaria 1997, 20 (7), 389-94.
10. GOLDBERG D, BRIDGES K, DUNCAN-INNES. Detecting anxiety and depression in medical settings. Br. Medi 1988897-9.
11. MONTON C, PEREZ ECHEVERRIA MI, CAMPOS R, Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Atención primaria. 1993; 12 (6): 345-9.
12. KROENKE K; LUCAS CA et all, Psychiatric disorders and functional impairment in patients with persistent dizziness. J. Intern Med- 1997, Oct 8 (10) 530-5.
13. CLARK MR, et all, Symptoms as a cle to otologic an psychiatric diagnosis in patients with dizziness. J. psychosom Res 1997, Jul 38 (5) 461.
14. CLARK DB; HIRSCH BE et all, Panic in otolaryngology patients presenting with dizzines or hearing loss. Am J. Psychiatry 1998, Aug; 151 (8) 1223-5.
15. CHARLES W. CUMMINGS Otolaryngology Head & Neck Surgery 3a Edición 1998, Vol. 4.
16. JORGE CORVERA Neurología clínica. Edit. Salvat 1990.
17. BYRON J. BAILEY. Head & Neck Surgery- Otolaryngology. 3a Edición Vol. 2. 2001.
18. MICHAEL M. PAPARELA. Otorrinolaringología 3a -edición 1991, Ed. Panamericana Vol. 2.
19. JEFFREY P. STABB MD; Practical sigues in the management of the dizzy and balance disorder patient, Otolaryngologic Clinics of North America VOL. 33, jun 2000.
20. VARDELEY L; Overview of psicologic effects of chronic dizziness and balance disorders. Otolaryngolol. Clin. North Am. 33: 603-616, 2000.
21. EAGGER S. LUXON, DAVIES RA, Et All, Psychiatric morbidity in patients with peripheral vestibular disorder: A clinical and neurological study. Journal Neurology Neurosurgery Psychiatry; 55: 386, 1997.
22. P TRAN BA, BRETTE, M CHIC: Enfermedad de Meniere, Enciclopedia medico quirúrgica E-20-205-A-10.
23. CLARK BD et all, Panic in otolaryngology patients presenting with dizzones or hearing loss. Am J. Psychiatry, 1994; Aug, 151 (8) 1223-5.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN