Vértigo y mareo
Revisión

■ S. MARTÍN-ARAGÓN • Doctora en Farmacia.
J. BENEDÍ • Profesora titular de Farmacología. Facultad de Farmacia. UCM.

Las autoras revisan la clínica de un conjunto de síntomas que genera consultas frecuentes tanto al médico de atención primaria como al farmacéutico comunitario, y que los pacientes refieren como vértigos, mareos, sensación de desequilibrio, inestabilidad o aturdimiento, entre otras descripciones menos específicas. Comentan, asimismo, las opciones de tratamiento farmacológico y general de estos trastornos.

Vértigos, mareos, inestabilidad y otras alteraciones de la orientación y del equilibrio son referidos por algo más del 10% de los pacientes que acuden a la consulta del médico. Resulta difícil valorar el vértigo, pues se trata de una molestia subjetiva que no puede medirse. En los últimos años, las investigaciones clínicas han proporcionado gran ayuda para el diagnóstico correcto y el tratamiento efectivo de pacientes vertiginosos, porque se conocen de forma más apropiada los mecanismos que pueden producir estos trastornos.

UN CUADRO CLÍNICO POCO DEFINIDO

El vértigo es una sensación anómala de movimiento rotatorio, asociada con la dificultad para mantener el equilibrio, para la marcha y para relacionarse con el medio. La sensación puede ser subjetiva (el paciente siente que se mueve con relación a su entorno) u

objetiva (el paciente siente que el entorno se mueve a su alrededor). El término vértigo se definiría, por tanto, como una alteración del sentido del equilibrio. Pero esta acepción resulta muy global y conviene reducirla a aquellos trastornos del equilibrio causados por una afección del sistema vestibular, ya sea en sus componentes periféricos o centrales.

A veces se emplea la palabra *mareo* para describir un dolor de cabeza moderado o cualquier vaga y esporádica sensación de desmayo, o incluso debilidad. Sin embargo, sólo el mareo verdadero, denominado vértigo, causa una sensación de movimiento o giro. Puede ser momentánea, durar horas o incluso días. Los demás síntomas de desequilibrio, desbalance, sensaciones difusas de movimientos anormales y presíncope son considerados como un mareo.

Vértigo, mareo, desequilibrio, inestabilidad, angustias, malestar, etc., son términos utilizados indistintamente por los pacientes, sin que expresen cuadros clínicos definidos. Para fines diagnósticos, es importante obtener una información completa y precisa respecto a cuál es la experiencia exacta del enfermo cuando está mareado. Aunque los síntomas son descritos de forma dispar por cada persona, en general, pueden clasificarse en una de las categorías de desequilibrio definidas en el estudio clásico de Drachman y Hart de 1972. Tales categorías son: *mareo, vértigo, presíncope, desequilibrio* e *inestabilidad* o *aturdimiento.*

Mareo

Es un síntoma difícil de referir, y a menudo se describe como una sensación de inseguridad, de falta de confianza en la propia estabilidad corporal. La cabeza parece que flota y la visión está nublada. El paciente siente debilidad y la sensación de que va a caerse o perder el conocimiento al levantarse o al andar, a pesar de que nunca llega a producirse esta circunstancia. El mareo suele ser expresión de una enfermedad que frecuentemente afecta al riego cerebral por diferentes causas o bien es consecuencia de una alteración de la columna cervical.

Vértigo

Cuando los mareos se acompañan de sensación de movimiento y giro de todo lo que hay en el entorno, se tiene la impresión de que se pierde el equilibrio y además se sienten náuseas, deseos de vomitar y sudación, probablemente se está ante un caso de vértigo, sensación desagradable que puede durar segundos, minutos u horas. La persona con vértigo suele sentirse mejor si se acuesta y permanece inmóvil; sin embargo, el vértigo puede continuar incluso cuando no se mueve en absoluto. Generalmente, no hay pérdida de la conciencia.

Presíncope

El término «presíncope» denota la percepción del paciente de que está a punto de desmayarse. Los signos y síntomas concomitantes son sensación de zumbido en la cabeza, de piernas flojas, constricción del campo visual, palidez, diaforesis y náuseas. Aunque no hay diferencia cualitativa entre síncope y presíncope respecto al diagnóstico diferencial, este último difiere de aquél porque no hay pérdida verdadera de la conciencia. En general, los pacientes que experimentan semisíncope se refieren a sus síntomas como vértigo, pero una cuidadosa anamnesis permite diferenciarlos. El presíncope se presenta en forma de ataques agudos, pero en ocasiones también en episodios crónicos. La gravedad de los síntomas depende de la magnitud de la reducción del flujo sanguíneo que se experimenta en el cerebro.

Desequilibrio

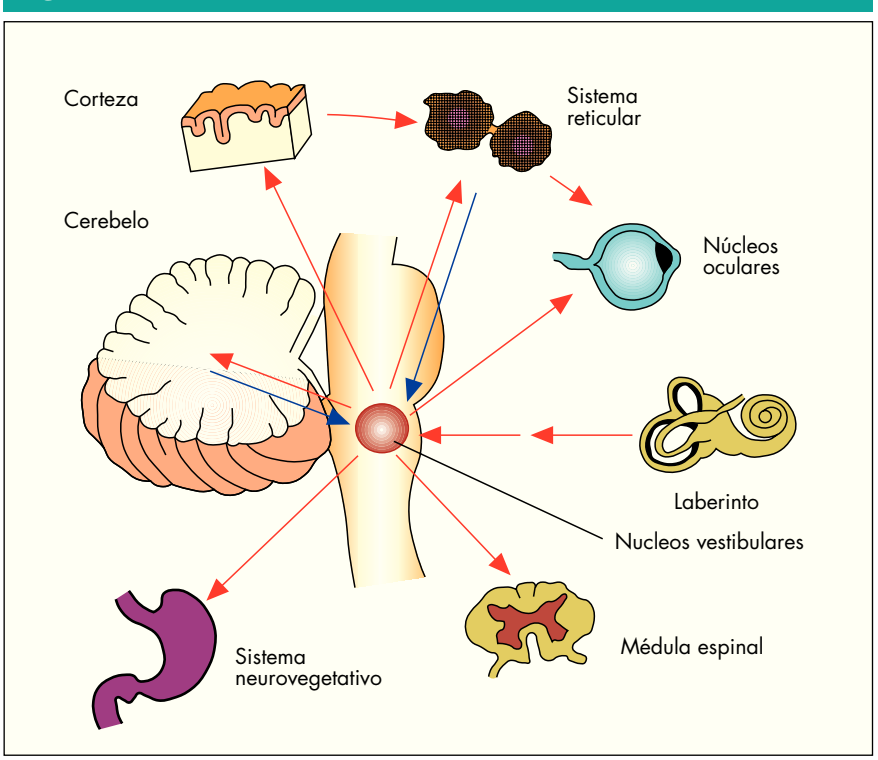
El desequilibrio es la sensación de perder el propio equilibrio sin percibir movimiento ilusorio o pérdida inminente de la conciencia. En general, los pacientes no refieren problemas al sentarse o acostarse sino que perciben inestabilidad en bipedestación, o sobre todo durante la marcha. Habitualmente, el desequilibrio se presenta debido a una alteración de la integración entre impulsos aferentes sensoriales y eferentes motores.

El envejecimiento se relaciona de manera significativa con la aparición de desequilibrio, porque la capacidad del sistema nervioso para procesar impulsos sensoriales y controlar los reflejos posturales declina a medida que avanza la edad. Las alteraciones de la marcha relacionadas con el equilibrio en ancianos se acentúan sobre todo en entornos no familiares, con piso irregular o iluminación tenue. En la ancianidad el desequilibrio no es raro, pero este síntoma en pacientes jóvenes sugiere enfermedad neurológica.

Inestabilidad mal definida

La inestabilidad es una sensación vaga que no cabe en ninguna de las otras categorías y que a menudo es descrita de manera imprecisa por el paciente. El rasgo característico es que la sensación es bastante leve. Sin embargo, algunos enfermos se sensibilizan, debido a problemas psicológicos relacionados con ansiedad u otras alteraciones que ya les causaron antes ataques agudos de vértigo. Pueden ponerse a sí mismos en un *estado de hipervigilancia* y observarse constantemente para descubrir signos de vértigo inminente. Esta situación hace que

Fig. 1. Conexiones vestibulares



exageren sus reacciones a los cambios normales, y sufran una gran tensión psicológica. El vértigo que acompaña a los trastornos de ansiedad suele coexistir con hiperventilación. La mayor parte de las veces el enfermo no identifica un tipo anormal de respiración y ésta no es fácilmente perceptible para el profesional que le examina. Los síntomas acompañantes de la hiperventilación son: falta de aire, cefalalgia, palpitaciones, debilidad, dolor retrosternal y parestesias.

CAUSAS DEL VÉRTIGO

El cuerpo percibe el sentido de la postura y controla el equilibrio a través de los órganos del equilibrio. Estos órganos tienen conexiones nerviosas con áreas específicas del cerebro. El vértigo puede ser consecuencia de alteraciones en el oído, en la conexión nerviosa del oído al cerebro o en el propio cerebro.

También puede estar asociado con problemas visuales o cambios repentinos en la presión arterial. Los vértigos se clasifican en vértigos periféricos y centrales. De una forma simplista, se puede considerar que los vértigos y mareos tienen origen en el laberinto (órgano del equilibrio que se encuentra en el oído interno), mientras que el presíncope y el desequilibrio tienen que ver con desarreglos en el sistema nervioso central.

Son muchos los trastornos que suelen afectar al oído interno y causar vértigo. Puede tratarse de trastornos producidos por infecciones virales o bacterianas, tumores, presión arterial anormal, inflamación de los nervios o sustancias tóxicas.

Un determinado cambio postural o giro de la cabeza puede producir mareo, aturdimiento y náuseas, no apareciendo nunca ni perturbación auditiva ni pérdida de audición. El origen de esta modalidad de vértigo (vértigo posicional paroxístico benigno) puede ser la acumulación de calcio en uno de los conductos semicirculares del oído interno. Las crisis son autolimitadas —normalmente desaparecen en unas pocas semanas—, pero se presentan brotes recidivantes al cabo de un tiempo.

Las infecciones virales (laberintitis) o bacterianas, muy frecuentes en invierno, pueden afectar al oído o al nervio vestibular con inflamación del laberinto y originar también vértigos que se asocian a la enfermedad respiratoria. Son pasajeras, de carácter benigno y ceden bien ante el tratamiento farmacoterapéutico.

En personas adultas y mayores una causa de vértigo es el síndrome de Ménière, afección caracterizada por una pérdida de audición (hipoacusia), ruidos en los oídos (acufenos) y crisis vertiginosas. Es habitual que los episodios tengan una duración de entre varios minutos y varias horas y a menudo están acompañados de náuseas y vómitos intensos. La causa se desconoce.

El oído está comunicado con el cerebro por medio de nervios y el control del equilibrio está localizado en la parte posterior del cerebro. Cuando el flujo sanguíneo a esta zona del cerebro es inadecuado, la persona puede manifestar varios síntomas neurológicos, entre ellos vértigos. Asimismo, los individuos de edad muy avanzada que han sufrido un accidente cerebrovascular (trombosis, isquemia, embolia) pueden sufrir vértigos.

Los individuos de edad muy avanzada que han sufrido un accidente cerebrovascular (trombosis, isquemia, embolia) pueden sufrir vértigos

Habitualmente, cuando hay cefalea, lenguaje ininteligible, visión doble y movimientos incoordinados, cabe pensar que el vértigo tiene su causa en un trastorno neurológico del cerebro, más que en un problema limitado al oído. Algunos de estos trastornos cerebrales pueden ser esclerosis múltiple, convulsiones, infecciones o tumores.

Las personas mayores o las que toman fármacos para controlar una enfermedad cardíaca o una hipertensión pueden sentir mareo cuando se ponen de pie bruscamente. Es consecuencia de una breve bajada de la presión arterial (hipotensión ortostática) cuya duración es momentánea, y a veces se puede prevenir incorporándose lentamente.

El mareo producido por el movimiento es una de las causas más frecuentes de vértigo y se puede desarrollar en personas cuyo oído interno es más sensible a ciertos movimientos, como los vaivenes o las paradas y arrancadas bruscas.

Las distintas causas posibles del vértigo se han resumido en la tabla I.

DIAGNÓSTICO

Es de vital importancia tratar de hacer un diagnóstico adecuado, diferenciando una patología periférica de una central, tratando siempre de buscar el agente etiológico. En algunos estudios se ha observado que solo el 40% de los casos se puede clasificar dentro de síndromes específicos. Cuando sobreviene un episodio de vértigo, el afectado debe someterse a una exploración neurológica y otorrinolaringológica como primer paso, para establecer el diagnóstico de la causa del vértigo y proporcionar así el tratamiento adecuado. El diagnóstico se basará en unas pruebas vestibulares y una audiometría.

La movilidad ocular del paciente puede aportarle datos importantes al médico, porque los movimientos anormales de los ojos suelen indicar una posible disfunción del oído interno o de las conexiones nerviosas entre éste y el cerebro. El nistagmo es un movimiento rápido de los ojos de izquierda a derecha o de arriba abajo. Puesto que la dirección de estos movimientos puede contribuir al diagnóstico, el médico tratará de estimular el nistagmo mediante un movimiento brusco de la cabeza del paciente o instilando unas gotas de agua fría en el canal auditivo para posteriormente comprobar el equilibrio.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL VÉRTIGO

El vértigo es sólo un síntoma y, como tal, su tratamiento dependerá de que esté o no ligado a una enfermedad de etiología conocida o desconocida. Por esta razón, muchos autores han considerado el tratamiento farmacológico del vértigo como empírico y de resultados desalentadores. La posible acción de los fármacos que intervienen en el tratamiento del vértigo ha sido estudiada básicamente en modelos animales (en los que se han producido lesiones laberínticas) y luego extrapolada al ser humano, o ha sido estudiada en relación con la cinetosis.

También hay que diferenciar entre un vértigo verdadero, que siempre es rotatorio, y un mareo, que es cualquier

Tabla I. Causas frecuentes de vértigo

Condiciones medioambientales
– Mareo
Consumo de determinadas sustancias
– Fármacos (gentamicina)
– Alcohol
Problema circulatorio
– Accidente isquémico transitorio (alteración transitoria de la función del cerebro causada por insuficiente irrigación a determinadas partes de éste durante un período corto) que afecta las arterias vertebrales y basilares
Anomalías del oído
– Acumulación de calcio en uno de los conductos semicirculares del oído interno (vértigo paroxístico benigno postural)
– Infección bacteriana del oído interno
– Herpes zoster
– Laberintitis (infección viral del laberinto del oído)
– Inflamación del nervio vestibular
– Enfermedad de Ménière
Trastornos neurológicos
– Esclerosis múltiple
– Fractura de cráneo con lesión del laberinto o de su nervio
– Tumores del cerebro
– Tumores que comprimen el nervio vestibular

sensación que denote desequilibrio o un trastorno del equilibrio. El tratamiento causal es el realmente efectivo y debe instaurarse siempre que sea posible, como en los casos de neurinoma del acústico (tumor que se origina en el conducto auditivo interno), infección del laberinto, otosclerosis, etc.

Cuando se conoce la etiología y nada se puede hacer, como en el caso de una esclerosis múltiple, una enfermedad autoinmune o un problema tumoral o vascular inoperable, la medicación está encaminada a reducir los síntomas, para darle una mayor comodidad y estabilidad al enfermo. Como normas generales, se debe evitar el tabaco, debido a las propiedades vasoconstrictoras de la nicotina, así como la ingestión de alcohol, por los cambios de densidad específica que produce en la endolinfa, causando nistagmo y vértigo posicional.

Al iniciar un tratamiento farmacológico hay que tener muy en cuenta la compensación, pues es el fenómeno natural que va a llevar al paciente a su recuperación. Así, tras una lesión periférica, normalmente a las 72 horas se presenta una compensación central a expensas de los núcleos vestibulares, que restituye la función del órgano periférico enfermo y, por tanto, produce la mejoría en el enfermo.

Atención al paciente

No deben utilizarse fármacos que interfieran con el fenómeno natural de la compensación. Es importante que el paciente esté activo, dentro de los límites que permita su estado, y que venza el temor al síntoma. No se le deberá someter a riesgos innecesarios en aras de aplicar la fisiopatología de la compensación y, mientras permanezca su estado agudo, deberá estar acompañado, no deberá conducir automóviles y los profesionales de la salud deberán enseñarle a cambiar de posición adecuadamente —levantarse y sentarse mirando un punto fijo, agacharse tratando de sentarse en cuclillas, mirando primero un punto fijo y luego tomando con la mano los objetos que quiera coger sin mirarlos— y a realizar los giros del cuerpo y de la cabeza de forma armónica, despacio y apoyándose en un punto fijo.

Tratamiento durante la fase aguda

Como se describió anteriormente, la fase aguda está caracterizada por una sensación de vértigo intenso e incapacitante. Se debe instaurar un tratamiento sintomático, que tiene como objetivo suprimir la sensación de movimiento y todo el proceso vegetativo (náuseas, vómitos, etc.), sin dificultar el mecanismo fisiológico de compensación vestibular central. Además del tratamiento farmacológico, son importantes el reposo y el apoyo psicológico.

Sedantes vestibulares

Se emplean sólo en la fase aguda y durante períodos cortos —no más de 5 o 7 días, reduciendo la dosis paulatinamente al ir mejorando la sintomatología, debido a que retrasan la compensación. Su mecanismo de acción consiste en disminuir los estímulos no sólo en los receptores periféricos, sino también en los centros reguladores de la integración vestibular a nivel central, como demuestra su acción antiemética. Como efectos secundarios generales destacan: efectos extrapiramidales, visión borrosa, sequedad de boca y disfunción sexual. Dentro de este grupo encontramos los siguientes:

– *Antihistamínicos:* la histamina actúa como un neurotransmisor estimulante, por ello este grupo farmacológico provoca sedación por un mecanismo competitivo sobre los receptores H_1 de la histamina. También actúan como antieméticos. Producen efectos secundarios de tipo anticolinérgico. Entre ellos destacan los siguientes fármacos: dimenhidrinato y meclozina.

– *Benzodiacepinas:* muy útiles para disminuir la ansiedad que acompaña al trastorno vertiginoso. Aunque se desconoce si tienen acción sobre el sistema vestibular, está claro que producen mejoría durante la fase aguda del vértigo. Como efecto secundario más importante destaca la somnolencia. Presentan poco efecto antiemético. Las más utilizadas son diazepam y clorazepato dipotásico.

– *Anticolinérgicos:* actúan bloqueando los receptores muscarínicos de la acetilcolina en los núcleos vestibulares. La escopolamina es el mejor agente para tratar la cinetosis. En forma de parche transdérmico se ha demostrado útil como profilaxis de la cinetosis, sin los efectos generales de los sedantes vestibulares sistémicos (somnolencia, xerostomía, midriasis y disfunción de la acomodación), pero esta presentación no está comercializada en nuestro país.

– *Antidopaminérgicos:* los más utilizados son sulpirida y tietilperazina. Son derivados fenotiazínicos que bloquean los receptores D_2 de la dopamina, en el área gatillo quimiorreceptora, interfiriendo con la integración de los impulsos emetógenos aferentes. También bloquean los receptores H_1 de la histamina y los M de la acetilcolina, con lo que el mecanismo de acción es múltiple. Por tanto, además de inhibir todo tipo de vómitos, actúan sobre los mecanismos reguladores del equilibrio y del sentido de orientación espacial, tanto a nivel periférico como central, disminuyendo el umbral de excitabilidad del laberinto. La tietilperazina está especialmente indicada en vértigos secundarios a arteriosclerosis, traumatismos craneales, afecciones del oído interno, síndrome de Ménière, etc. Como efectos secundarios destacan: sequedad de boca, visión borrosa y,

ocasionalmente, distonía aguda que mejora con antiparkinsonianos.

La estrategia que el médico empleará para decidir con qué fármaco debe tratarse al paciente se basa en el conocimiento de sus efectos, la gravedad del episodio de vértigo y su evolución. En una crisis leve o moderada es suficiente utilizar sulpirida (50 mg/8 h por vía oral) o dimenhidrinato a idéntica dosis y vía. Si la sintomatología vegetativa fuese intensa, puede optarse por utilizar tietilperazina (6,5 mg/8 h) por vía rectal o dimenhidrinato (100 mg/8 h). En crisis graves, sulpirida puede utilizarse por vía intramuscular (100 mg/8-12 h), asociando diazepam 5 mg/8 h. Si los vómitos son persistentes, se debe asociar domperidona o metoclopramida. Sea cual sea el fármaco utilizado, es preciso seguir estrechamente al paciente, para detectar cualquier efecto secundario lo más precozmente posible y reducir la dosis o eliminarlo cuanto antes.

Tratamiento en la intercrisis

En la fase subaguda y de compensación, el paciente ya no presenta sensación de vértigo incapacitante, pero sí de inestabilidad y mareo. Durante la fase de compensación, el paciente permanece asintomático. Se desaconseja el uso de sedantes vestibulares, porque retrasan la aparición de mecanismos de compensación. Se utilizan fármacos vasodilatadores y rehabilitación.

Vasodilatadores

Los vasodilatadores se usan por ser neuroprotectores. Su acción se basa en disminuir resistencias periféricas de la circulación cerebral y también del oído interno, intentando mejorar su circulación sanguínea. Parece ser que muchos de ellos no consiguen una vasodilatación cerebral, sino solamente periférica, por lo que su actuación es efectiva cuando el origen del desequilibrio se encuentra en la región cervical, pero son poco activos cuando el problema se localiza en los pequeños vasos pontinos o en las ramas terminales de las arterias coclear y cocleovestibular. Dentro del grupo de los vasodilatadores, los más utilizados son los antagonistas del calcio, cuyos efectos extrapiramidales son menos frecuentes que los de las fenotiazinas y también tienen un efecto sedante suave. Los más utilizados son nimodipino, flunarizina y cinarizina. Estos fármacos son útiles en la prevención de la migraña basilar con manifestaciones vertiginosas y en las desregulaciones vasculares específicas del oído interno (vértigo de Ménière), de fisiopatología aún no aclarada. El nimodipino está indicado en los trastornos del equilibrio de origen isquémico.

La betahistina es un fármaco que posee una acción agonista parcial sobre los receptores H_1 y H_2 y antagonista sobre H_3. En el oído interno sus efectos consisten en una vasodilatación, que tiene lugar primero en las arteriolas y luego en capilares y vénulas de la estría vascular y el ligamento espiral, incrementando la microcirculación del laberinto y reduciendo la presión endolinfática. La tolerancia al fármaco es buena y los efectos secundarios de tipo gástrico infrecuentes (4%). Un estudio reciente concluye que la betahistina reduce el número de episodios de vértigo, así como su intensidad y duración en pacientes con enfermedad de Ménière y vértigo posicional benigno, durante un período de tratamiento y seguimiento de 3 meses.

Las alteraciones de la marcha relacionadas con el equilibrio en ancianos se acentúan sobre todo en entornos no familiares, con piso irregular o iluminación tenue

Diuréticos

Diuréticos como furosemida, acetazolamida e hidroclorotiazida están indicados en el tratamiento de la enfermedad de Ménière para reducir la sintomatología asociada y prevenir la recurrencia de las crisis. Todos ellos resultan eficaces en el período inmediato a la crisis, de tal manera que facilitan la resolución de los síntomas agudos y residuales. A medio (2 años) y largo plazo hay un control completo y sustancial del vértigo en el 78% de los pacientes. Se han utilizado también en la neuritis vestibular, para el tratamiento de los síntomas residuales, y en el síndrome vestibular central.

Corticoides

Los corticoides están indicados en el tratamiento de la enfermedad de Ménière bilateral, así como en casos de enfermedad vestibular inmunomediada. En la neuritis vestibular, con el objeto de eliminar los síntomas vegetativos intensos, la utilización de corticoides es más eficaz que el placebo durante la fase aguda.

Aminoglucósidos

Los aminoglucósidos se utilizan en la enfermedad de Ménière, por vía intratimpánica e intramuscular. La estreptomicina y la gentamicina son los antibióticos más utilizados.

Las distintas opciones de tratamiento de los vértigos se han resumido en la tabla II.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO Y REHABILITACIÓN

Cuando el cuadro es muy intenso, se realizan tratamientos quirúrgicos, con drenaje de la linfa mediante incisiones en el laberinto, la laberintectomía y, en otros casos, la sección del nervio auditivo y vestibular.

Al igual que en casi todos los trastornos médicos, la rehabilitación es importante en el tratamiento del vértigo. La tendencia natural del paciente con vértigo es a evitar mover la cabeza y realizar otros tipos de movimientos por temor a exacerbar los síntomas. En ciertos trastornos, como en el vértigo posicional paroxístico benigno, la falta de movilidad de la cabeza puede, de hecho, prolongar la duración de los síntomas. En otros casos, la inactividad forzada origina desacondicionamiento físico, además de debilidad muscular y cambios ortostáticos.

Los ejercicios de habituación repiten deliberadamente las maniobras de la cabeza que desencadenan los síntomas de vértigo. Con métodos de fisioterapia o dispositivos especiales que simulan pérdidas de equilibrio repetidas, se consigue la adaptación a la nueva situación. Resultan muy ventajosos en el tratamiento de muchos tipos de vértigo, como en la enfermedad de Ménière, y en la fase de rehabilitación de la neuritis vestibular. Se ha comprobado que este método es alentador en la terapia de ancianos y otros pacientes incapacitados por desequilibrio crónico debido a diversas causas.

MAREO DEL MOVIMIENTO

Es un trastorno temporal que aparece durante los viajes. Este tipo de mareo suele manifestarse con síntomas tales

Tabla II. Tratamiento de los vértigos

Vértigo de Ménière y cuadros imitativos endocleares
Fase aguda (hasta desaparición de síntomas)
– Tietilperazina 6,5 mg/8 h
– Sulpirida 50-100 mg/8 h o 100 mg i.m. al inicio
– Diazepam 2-10 mg/2-4 veces/día (casos resistentes)
Intercrisis (1 a 3 meses)
– Hidroclorotiazida 50 mg + clorohidrato de amilorida 5 mg/24 h
– *Ginkgo biloba* 3-4 ml/12 h
– Betahistina 8 mg/8 h
Vértigos refractarios
– Laberintectomía en casos de mala audición
– Descompensación de saco en casos con buena audición
– Sección del nervio vestibular en fracasos de descompensación de saco
Vértigos posicionales vasculares (1 a 3 meses)
– *Ginkgo biloba* 3-4 ml/12 h
– Nimodipino 30 mg/18 h
– Ácido acetilsalicílico 100 mg/24 h en pacientes con riesgo de trombosis
– Atención a problemas cervicales
– Control de los trastornos circulatorios
Vértigos inmunomediados
– Prednisolona 1 mg/kg/día, disminuyendo en 21 días
Migraña basilar
– Prevención (2 meses): flunarizina 5-10 mg/24 h
– Tratamiento (ocasional): dihidroergotamina 6 g/24 h

como palidez en la cara, hipersalivación, inquietud, bostezos, náuseas y arcadas, que casi siempre preceden o acompañan al vómito. El nombre clínico de este trastorno es *cinetosis* y corresponde a cualquier trastorno producido por el movimiento.

El mareo cinético raramente afecta a los niños pequeños, pero a partir de los dos años de edad la sensibilidad al mareo aumenta sustancialmente. A partir de los 12 años, la sensibilidad vuelve a disminuir, aunque algunos adultos siguen sufriendo este problema a lo largo de toda su vida. Los ancianos también suelen experimentar más susceptibilidad al mareo cinético. El objetivo esencial del tratamiento consiste en el empleo de medicamentos antieméticos para la prevención del mareo cinético, ya que una vez desarrollado éste, son completamente ineficaces. Por ello, los antieméticos deben ser administrados una media hora antes de iniciar el viaje. Los grupos farmacológicos empleados son:

– *Anticolinérgicos.* Estos medicamentos actúan impidiendo la llegada de los impulsos emetógenos desde el aparato vestibular del oído interno hasta el centro del vómito. Son los fármacos más eficaces para esta indicación, en especial la escopolamina, pero sus efectos adversos impiden un uso generalizado, reservándose para pacientes refractarios a otros tratamientos.

– *Antihistamínicos mixtos.* Son los antieméticos más comúnmente utilizados contra el mareo cinético. Su acción terapéutica se debe mayoritariamente al efecto anticolinérgico, más que al antihistamínico. Los fármacos pertenecientes a este grupo son: dimenhidrinato, meclozina, cinarizina y prometazina.

Los medicamentos utilizados habitualmente en la cinetosis suelen producir somnolencia. En algunos pacientes esto puede resultar útil, ya que el sueño puede hacer menos desagradable el viaje. Sin embargo, en aquellas personas en las que esta somnolencia sea molesta, puede emplearse el antiemético en combinación con cafeína. El uso de este tipo de medicamentos debe ser evitado en pacientes con adenoma de próstata, glaucoma en ángulo cerrado, enfermedades obstructivas intestinales o urinarias, o trastornos del ritmo cardíaco, debido a que la actividad anticolinérgica puede agravar o complicar tales procesos.

Es conveniente tener en cuenta las siguientes instrucciones:

– Colocarse en lugares de poco movimiento: en el coche, en el lugar del copiloto si es posible; en el autocar, hacia adelante; en el barco, en medio; en el avión, entre las alas.

– Adoptar, si es posible, la posición de decúbito supino (boca arriba y elevando las piernas), o apoyarse en un punto y mantener la cabeza fija.

– No leer.

– Mantener la vista en un ángulo de 45º por encima del horizonte. Buscar puntos de referencia lejanos y no fijarse en objetos próximos: en el coche, en el tren o en el autocar, abrir ligeramente la ventana; en el barco, salir a la cubierta.

– Evitar el calor.

– No comer ni beber en exceso durante las horas previas al viaje. Si se trata de un viaje largo en coche o en autocar, aprovechar las pausas, andar, airearse y tomar pequeñas cantidades de comida y bebida cada cierto tiempo.

– Estimular la atención de los niños, haciéndolos sentarse en una posición elevada en asientos adecuados y/o manteniéndolos distraídos con juegos (pero mejor sin fijar la vista en objetos pequeños: juegos de palabras, etc.).

– En caso de embarazo, respetar totalmente las medidas preventivas**;** deben evitarse los medicamentos contra el mareo. □

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Drachman DA, Hart CW. An approach to the dizzy patient. Neurology 1972; 22:323-34.

Garrote A, Bonet R. Vértigos (y II): Prevención y tratamiento. El Farmacéutico 2003;310:56-60.

Hoffman RM, Einstadter D, Kroenke K. Evaluating dizziness. Am J Med 1999; 107:468-78.

Murtagh J. Dizziness. Aust Fam Physician 1991;20:1483-90.

Pérez N, Vázquez de la Iglesia F. Tratamiento médico del vértigo. Rev Med Univ Navarra 2003; 47(4):60-3.

Ramírez R. Tratamiento de los trastornos del equilibrio. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 2002;26(2):44-7.

Tusa RJ. Dizziness. Med Clin North Am 2003;87(3):609-17.

Tusa RJ. Benign paroxysmal positional vertigo. Curr Neurol Neurosci Rep 2001;1(5):478-85.

Warner EA, Wallach PM, Adelman H, Sahlin-Hughes K. Dizziness in primary care patients. J Gen Intern Med 1992;7:454-63.

Zarzuelo A, Gálvez J. Uso de EFP en patologías digestivas. Especialidades Farmacéuticas Publicitarias. Plan Nacional de Formación Continuada. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos 2001;80-5.