



ARTÍCULO ORIGINAL

Vértigo y mareo en el hospital: frecuentación, flujo y características de los pacientes



Carmen Bécares Martínez^{a,*}, Marta M. Arroyo Domingo^a, Aurora López Llames^a, Jaime Marco Algarra^b y María M. Morales Suárez-Varela^c

^a Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario de Torrevieja, Torrevieja, Alicante, España

^b Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Universidad de Valencia, Valencia, España

^c Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Unidad de Salud Pública, Higiene y Sanidad Ambiental, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Valencia, Valencia, España

Recibido el 11 de junio de 2017; aceptado el 7 de agosto de 2017

Disponible en Internet el 13 de octubre de 2017

PALABRAS CLAVE

Vértigo;
Mareo;
Síntomas;
Epidemiología;
Derivación
hospitalaria;
Otoneurología

Resumen

Introducción y objetivos: Los síntomas de vértigo y mareo son frecuentes en la población, se presentan como manifestación de un amplio abanico de enfermedades y habitualmente es difícil realizar un diagnóstico de certeza. El objetivo general de este estudio es obtener la información para evaluar estos síntomas en el entorno hospitalario. Los objetivos específicos son: estimar el peso global que representan estos síntomas en las derivaciones al hospital; conocer las características de los pacientes derivados y detallar el flujo de las consultas.

Métodos: Estudio descriptivo observacional. Se buscaron las propuestas de consulta realizadas en 2011 y 2012 al hospital por el síntoma de vértigo. Se analizaron características demográficas y clínicas de los pacientes, y administrativas de las derivaciones.

Resultados: Se analizaron un total de 558 propuestas correspondientes a 494 pacientes. El vértigo supuso el 0,5% del total de las derivaciones realizadas desde Atención Primaria al hospital. El 63% de la muestra han sido mujeres, con una edad media de 58 años. El 88% de los pacientes fue valorado por Otorrinolaringología y el 24% por Neurología. Un 30,8% consultó en 3 o más ocasiones por el síntoma. El 16% fue valorado por enfermedad psiquiátrica en el hospital.

Conclusiones: El vértigo como síntoma supone una carga significativa en el ámbito hospitalario. Los pacientes que lo presentan consultan en múltiples ocasiones y son valorados en distintas especialidades. En ciertos casos, el flujo de pacientes puede resultar excesivamente dinámico e ineficaz. En nuestro entorno, Otorrinolaringología es el principal receptor de pacientes con síntomas de vértigo y mareo.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: c.bec.mar@gmail.com (C. Bécares Martínez).

KEYWORDS

Vertigo;
Dizziness;
Symptoms;
Epidemiology;
Referral and
consultation;
Neurotology

Vertigo and dizziness in hospital: Attendance, flow and characteristics of patients**Abstract**

Introduction and objectives: Vertigo and dizziness as symptoms are frequent in the population. They are present in a wide range of pathologies and it is usually difficult to make an accurate diagnosis. The general objective of this study is to obtain the information to evaluate vertigo and dizziness in the hospital setting. The specific objectives are: to estimate the burden of these symptoms at the hospital; to study patients' conditions and to detail the flow of these patients inside the hospital.

Methods: Observational descriptive study. We made a search of the referral proposals made in 2011 and 2012 to the hospital because of vertigo symptoms. The patients' demographic and clinical characteristics, and the administrative details of the referrals were analysed.

Results: A total of 558 proposals were analysed corresponding to 494 patients. Vertigo accounted for 0.5% of all referrals made from Primary Care to the hospital. Sixty-three percent of the sample were women; the average age was 58 years. Eighty-eight percent of the patients were evaluated by Otorhinolaryngology, 24% by Neurology. Thirty point eight percent consulted on 3 or more occasions for the symptom. Sixteen percent were assessed for psychiatric conditions in the hospital.

Conclusions: Vertigo as a symptom is a significant burden in the hospital setting. The patients who suffer it consult on several occasions and are assessed by different specialties. This implies in some cases an excessive and ineffective flow of patients. In our setting, otorhinolaryngology is the main department to treat vertigo and dizziness patients.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. All rights reserved.

Introducción

El vértigo y el mareo son 2 motivos de consulta muy frecuentes en Medicina, que afectan al 20-30% de la población general¹⁻⁴. Estos síntomas repercuten negativamente en el bienestar del paciente⁵ y originan un gran número de derivaciones al medio hospitalario.

La epidemiología del vértigo es un campo aún poco desarrollado⁶ y en nuestro entorno desconocemos la magnitud del problema^{2,6}. Una de las dificultades encontradas en los estudios publicados es que los pacientes, e incluso los profesionales sanitarios, tienden a utilizar los términos vértigo y mareo indistintamente. Podríamos definir el síntoma vértigo como la sensación ilusoria de movimiento^{7,8}, pero también nos encontramos ante descripciones como falta de equilibrio o inestabilidad, con origen en diversas enfermedades.

En este artículo se analiza un síntoma, no un diagnóstico. Es decir, estudiaremos la agrupación de una serie de quejas que a partir de ahora denominaremos vértigo.

Estudios recientes inciden en la alta frecuencia e impacto del síntoma vértigo en la población. La orientación adecuada al diagnóstico es un reto para médicos tanto de Atención Primaria (AP) como de otras especialidades hospitalarias. La imprecisión habitual del síntoma hace difícil llegar a un diagnóstico definitivo y esto supone que un gran número de pacientes lo presenten durante un largo periodo de tiempo, en el que realizan múltiples consultas en varias especialidades. Todo esto conlleva un coste económico elevado y genera una gran insatisfacción en el paciente, y no solo por la

imprecisión diagnóstica, sino sobre todo por la repercusión en su calidad de vida⁷.

Según un estudio epidemiológico alemán¹, el síntoma vértigo afecta de forma moderada o severa a 3 de cada 10 pacientes, es recurrente en 9 de cada 10 y repercute en la calidad de vida en 8 de cada 10. Un estudio norteamericano⁹ concluye que en los pacientes con mareo, el deterioro vestibular no suele estudiarse adecuadamente. Esto favorece la demora o la ausencia de un diagnóstico definitivo, el retraso en la instauración de un tratamiento eficaz y la falta de recomendaciones para mejorar el flujo de pacientes.

Aunque sabemos que la mayoría de las enfermedades que originan el síntoma vértigo tienen un pronóstico benigno, pueden llevar a inhabilitar a los pacientes desde un punto de vista físico y psíquico⁷, lo que supone un gran impacto para el individuo y para la salud pública⁸.

En nuestro entorno, un estudio epidemiológico sobre este tema nos ofrecería una visión global y real sobre el síntoma vértigo, que podría extrapolarse a nivel nacional. Es, sin duda, una base sólida para trabajar sobre nuestros pacientes y mejorar su desempeño laboral y calidad de vida.

El objetivo general de este estudio es obtener la información necesaria que nos permita evaluar el síntoma vértigo en el entorno hospitalario.

Como objetivos específicos nos planteamos:

- 1) Estimar el peso global que representan el vértigo y el mareo en las derivaciones al hospital.
- 2) Conocer las características de los pacientes derivados.
- 3) Detallar el flujo de las consultas de los pacientes con vértigo y mareo.

Métodos

El trabajo consiste en un estudio observacional y descriptivo, transversal, con recogida de datos de una cohorte retrospectiva, durante el periodo comprendido entre enero de 2011 y diciembre de 2012 (24 meses). La recogida de datos finalizó en julio de 2015, con un seguimiento mínimo de 2 años y medio.

Se incluyeron las propuestas de consultas externas realizadas al hospital por los síntomas de vértigo y mareo, realizadas desde cualquier especialidad, incluida Medicina Familiar y Comunitaria, a cualquier especialidad hospitalaria. Se seleccionaron aquellas codificadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena

revisión (CIE-9)¹⁰, con los códigos pertenecientes a la categoría 386 (Síndrome de vértigo y otras alteraciones del aparato vestibular), el código 780.4 (Vértigo y mareos), dentro de la categoría 780 (Síntomas, signos y estados mal definidos) y el código 078.81 (Vértigo epidémico). Las categorías y códigos CIE-9 utilizados se especifican en la [tabla 1](#).

Para estimar el peso del síntoma vértigo en las consultas externas del hospital se contabilizó el total de propuestas de consulta realizadas por cualquier motivo al hospital, tanto desde AP como desde el Servicio de Urgencias, durante el año 2012. Entre ellas, se detallaron las realizadas a los servicios de Otorrinolaringología (ORL) y Neurología, principales receptores de los pacientes afectados por el síntoma.

Tabla 1 Códigos CIE-9 que codifican vértigo y mareo

386 Síndrome de vértigo y otros trastornos del aparato vestibular

386.0 Enfermedad de Ménière = Hidrops endolinfático = Síndrome de Lermoyez = Síndrome o vértigo de Ménière

- 386.00 Enfermedad de Ménière no especificada
- 386.01 Enfermedad de Ménière activa cocleovestibular
- 386.02 Enfermedad de Ménière activa coclear
- 386.03 Enfermedad de Ménière activa vestibular
- 386.04 Enfermedad de Ménière inactiva

386.1 Otro vértigo periférico y vértigo periférico no especificado

- 386.10 Vértigo periférico no especificado
- 386.11 Vértigo posicional paroxístico benigno = Nistagmus posicional paroxístico benigno
- 386.12 Neuritis vestibular = Vestibulopatía periférica aguda (y recurrente)
- 386.19 Otros = Vértigo aural = Vértigo otogénico

386.2 Vértigo de origen central = Nistagmus posicional central = Vértigo posicional maligno

386.3 Laberintitis

- 386.30 Laberintitis no especificada
- 386.31 Laberintitis serosa = Laberintitis difusa
- 386.32 Laberintitis circunscrita = Laberintitis focal
- 386.33 Laberintitis purulenta
- 386.34 Laberintitis tóxica
- 386.35 Laberintitis viral

386.4 Fístula laberíntica

- 386.40 Fístula laberíntica no especificada
- 386.41 Fístula de ventana redonda
- 386.42 Fístula de ventana oval
- 386.43 Fístula de canal semicircular
- 386.48 Fístula laberíntica de sitios combinados

386.5 Disfunción laberíntica

- 386.50 Disfunción laberíntica no especificada
- 386.51 Laberinto hiperactivo unilateral
- 386.52 Laberinto hiperactivo bilateral
- 386.53 Laberinto hipoactivo unilateral
- 386.54 Laberinto hipoactivo bilateral
- 386.55 Pérdida de reactividad laberíntica unilateral
- 386.56 Pérdida de reactividad laberíntica bilateral
- 386.58 Otras formas y combinaciones

386.8 Otros trastornos del laberinto

386.9 Síndrome de vértigo y trastornos laberínticos no especificados

780 Síntomas, signos y estados mal definidos^a

780.4 Vértigo y mareo

078 Enfermedades infecciosas y parasitarias^a

078.8 Otras enfermedades específicas por virus y Clamidia^a

- 078.81 Vértigo epidémico

^a No utilizados en el estudio.

Tabla 2 Contexto de derivaciones hospitalarias en 2012

	Número total de propuestas de consulta	Número de propuestas de consulta por vértigo	Porcentaje que representa el vértigo
<i>Desde AP al hospital</i>	48.778	243	0,5
Desde AP a ORL	3.208	193	6
Desde AP a Neurología	1.365	39	2,9
<i>Desde Urgencias al hospital</i>	4.042	19	0,5
Desde Urgencias a ORL	223	13	7,2
Desde Urgencias a Neurología	155	2	1,3

AP: Atención Primaria; ORL: Otorrinolaringología.

El porcentaje refleja el peso de los síntomas de vértigo y mareo respecto al total de las derivaciones realizadas entre los servicios especificados.

El modelo de gestión del departamento en el que se realiza el estudio se basa en un modelo de concesión sanitaria. Este modelo de gestión, conocido como Modelo Alzira, se sostiene bajo 4 pilares fundamentales: propiedad pública, control público, financiación pública y gestión privada. Asume la prestación sanitaria integral, aunando la AP y la atención especializada. El departamento cuenta con una historia clínica electrónica global e integrada con AP, llamada Florence. A cada propuesta de consulta externa realizada en Florence se asocia en el servicio de destino un «episodio» de consultas externas. Este episodio genera visitas sucesivas y estudios complementarios hasta su cierre, cuando el paciente se da de alta.

El departamento atiende en el momento del estudio a una población cápita de 153.526. Las principales características demográficas son: aumento de la población en el periodo estival, alcanzando cifras de 600.000 habitantes, una población envejecida (el 26% supera los 65 años) y una importante población inmigrante (el 55% son extranjeros).

De cada propuesta de consulta externa se analizaron las siguientes variables: servicio de origen y destino, código CIE utilizado, año y mes de la derivación.

De la revisión de la historia clínica asociada a cada propuesta de consulta se analizaron variables demográficas y clínicas de los pacientes, y administrativas del episodio:

- Edad, sexo y país de nacimiento.
- Enfermedad psiquiátrica o psicológica asociada.
- Consulta urgente por vértigo, tanto en el Servicio de Urgencias del hospital como en el centro de salud.
- Servicios que valoran al paciente.
- Número de episodios por paciente por vértigo, en cualquier especialidad.
- Situación del episodio asociado a la propuesta de consulta: abierto y activo, abierto sin actividad (el paciente ha dejado de acudir) o cerrado por alta médica.
- Tiempo que permanece el episodio abierto (en meses).

La información se obtuvo de los módulos de la historia clínica electrónica Florence Gestión y Florence Clínico, y se analizaron utilizando el paquete estadístico IBM® SPSS® 20.0 para Windows 8. La información cualitativa se presenta en frecuencias y porcentajes, y la información cuantitativa como medias y desviación estándar.

Este estudio cuenta con la certificación de adecuación deontológica de la Comisión de Investigación.

Resultados

De la población cápita de 153.526 atendida en el departamento de salud en el momento del estudio, 494 pacientes fueron valorados como primera visita en el hospital por el síntoma vértigo en los años 2011 y 2012. Esto supondría una tasa anual de 1,6 primeras visitas de vértigo por 1.000 habitantes-año.

Durante el año 2012 se realizaron 48.778 derivaciones al hospital desde AP y 4.042 desde el Servicio de Urgencias. El vértigo supuso el 6% de todas las propuestas realizadas desde AP a ORL. Sin embargo, para Neurología la derivación por el síntoma representó el 2,8%. El vértigo fue el motivo del 0,2% del total de las derivaciones desde AP al ámbito hospitalario (tabla 2).

Se analizaron un total de 558 propuestas correspondientes a 494 pacientes, 275 realizadas en 2011 y 283 en 2012. La distribución por sexo y edad se refleja en la figura 1. Destacamos que dos tercios de los pacientes estudiados fueron mujeres, la edad media fue de 58 años (rango 3-91), y un tercio tenía procedencia extranjera (tabla 3).

De los pacientes estudiados, un 17,6% tiene historia clínica de Psiquiatría y/o Psicología en el hospital: un 7,3% relacionada con enfermedad depresiva, un 3,8% ansiosa, un 3,4% ansioso-depresiva y un 3% relacionada con otros diagnósticos psiquiátricos.

Respecto a la frecuentación de Urgencias, el 41,3% de los pacientes acudió a dicho servicio por vértigo, bien sea al hospital (29,6%) o al centro de salud (27,7%).

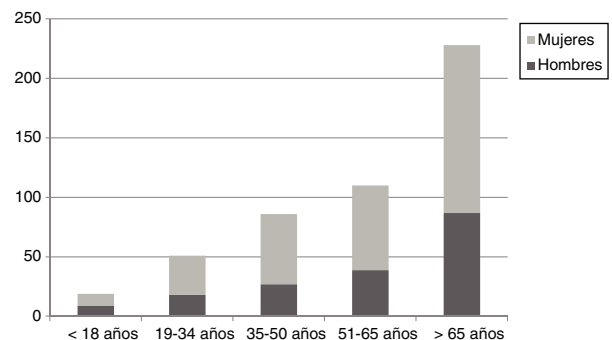


Figura 1 Distribución por grupos de edad y sexo de la muestra (N = 494).

Tabla 3 Características demográficas, clínicas y administrativas de la muestra

Sexo, %	
Mujeres	63,6
Hombres	36,4
Edad en años, media \pm DE	58,0 \pm 18,5
Lugar de nacimiento, %	
España	65,4
Reino Unido	12,6
Europa (excluyendo los anteriores)	13,9
América del Sur	5,7
Otros ^a	2,4
Historia de psiquiatría o psicología	17,6
Asistencia a Urgencias por vértigo	41,3
Servicios que valoran al paciente, %^b	
Otorrinolaringología	88,3
Neurología	24,0
Rehabilitación	7,0
Medicina Interna	1,2
Cardiología	1,2
Traumatología	0,8
Número de episodios por paciente, %	
Un episodio	41,5
Dos episodios	27,7
Tres episodios	13,4
Cuatro episodios	6,1
Cinco o más episodios	11,3
Código CIE utilizado para la derivación, %	
Vértigo y mareo inespecífico	70,0
Vértigo periférico NEOM	9,7
Vértigo posicional paroxístico benigno	8,7
Síndrome de Ménière	6,1
Neuritis vestibular	2,0
Otros ^c	3,5
Resolución del episodio, %	
Alta	80,6
En seguimiento	5,9
Abandono del seguimiento	13,6
Tiempo hasta el alta en meses, media \pm DE	3,4 \pm 5,4

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades; DE: desviación estándar.

^a China y Australia.

^b Porcentajes no excluyentes.

^c Otros vértigos periféricos NCOC, laberintitis, fístula laberíntica de sitios combinados y síndrome de vértigo y alteraciones laberínticas NEOM.

En lo referente a la procedencia de los pacientes, el 77,5% de ellos fue derivado desde AP, el 8,3% desde Urgencias, y el resto desde otras especialidades hospitalarias: 4,7% ORL, 2,4% Neurología, 1,6% Medicina Interna.

Con relación a los servicios que valoraron al paciente, el 76,1% fue derivado a un solo servicio, el 21,1% a 2 servicios y el 2,8% a 3 servicios. ORL valoró al 88,3% de los pacientes y Neurología al 24,0%. El desglose de los servicios implicados se refleja en la [tabla 3](#). El 41,5% de la muestra tiene un único episodio por vértigo en el hospital, el 27,7% tiene 2

y el 30,8% tiene 3 o más episodios. El número máximo de episodios abiertos por vértigo en un paciente fue de 21.

El mes en el que se realizaron más derivaciones fue julio (10,9%), seguido de enero y febrero (9,9%). Los meses con menos derivaciones fueron septiembre (5,5%), agosto (5,9%) y diciembre (6,7%).

El código CIE-9 más utilizado para la derivación fue el 780.4, correspondiente a Vértigo y mareos, con un 70%. Tres cuartas partes de los pacientes fueron dados de alta dentro de los primeros 4 meses.

Discusión

En este estudio mostramos, por primera vez, el comportamiento del síntoma vértigo dentro de un escenario hospitalario, el peso que supone y cómo es el flujo de los pacientes que lo presentan. Al contar con un sistema sanitario universal, trabajamos con una base poblacional que permitiría establecer conclusiones acerca de la epidemiología real del síntoma estudiado.

Según este trabajo, la incidencia anual de vértigo en el hospital es de 0,16%. Si extrapolamos los datos de un estudio realizado en España⁸, que estima que un 1,8% de la población consulta en AP por vértigo en un año, podríamos decir que aproximadamente un 10% de los pacientes que acuden a AP por vértigo se derivan al hospital. Otro estudio realizado en Alemania¹² concluye que solo el 3,9% de los pacientes con el síntoma ha sido derivado al hospital. Esta diferencia podría ser debida a que los modelos sanitarios son distintos. En España hay un modelo de Sistema Nacional de Salud, mientras que en Alemania impera un Sistema de Seguros Sociales, el acceso a un especialista es libre, pero solo será reembolsable si es referido por un médico de primer nivel¹².

En nuestro estudio, la derivación por el síntoma vértigo supone el 0,5% de todas las derivaciones desde AP al hospital. De ellas, el 79% se realizan a ORL y el 16% a Neurología. ORL recibe el 6% del total de las propuestas realizadas desde AP, un resultado que es acorde con publicaciones anteriores¹³. El síntoma vértigo representa el 6% de todas las derivaciones a ORL, porcentaje que también coincide con lo comunicado en otros estudios¹⁴. Esto nos permite extraer conclusiones de nuestra serie de una forma más fiable y reproducible en nuestro medio.

La predominancia femenina y la edad media de 58 años son concordantes con otros estudios^{3,4,6,8,19}. Al estudiar el país de procedencia de los individuos en nuestra serie, la proporción es superponible a la población estudiada; no hay diferencias por países de origen o idioma.

Como ya se refleja en otros estudios, parece haber asociación entre el vértigo y comorbilidad psiquiátrica o psicológica, principalmente síntomas depresivos¹, y la enfermedad psiquiátrica puede ser incluso predictiva de síntomas reactivos en pacientes vestibulares²⁰. En nuestro estudio, uno de cada 5 pacientes presenta historia de psiquiatría o psicología, un 11% padece síntomas depresivos y un 7%, síntomas ansiosos. Sin embargo, la bibliografía señala una mayor prevalencia de síntomas depresivos en pacientes con vértigo (hasta un 20%)²¹. Hay que tener presente que nuestro estudio solo tiene en cuenta a los pacientes vistos por especialistas de Salud Mental, sin contar con los diagnosticados y tratados por AP.

Se sabe que el vértigo y el mareo son motivos de consulta muy frecuentes en Urgencias. En trabajos norteamericanos^{15,16} suponen entre el 2 y el 3% de todas las consultas urgentes. No está descrita la probabilidad individual de acudir a Urgencias por vértigo, pero en nuestra serie, casi la mitad ha acudido en alguna ocasión por el síntoma.

AP lleva a cabo más del 75% de las derivaciones realizadas por vértigo, y el Servicio de Urgencias, en torno al 10%. Desde AP y Urgencias, en un año se han realizado 206 derivaciones a ORL por vértigo; a Neurología, únicamente 41. Esta diferencia tan llamativa podría tener su origen en varios factores. En primer lugar, nos podríamos plantear que existiera una mayor accesibilidad al Servicio de ORL, tanto por el volumen de consultas en horario de mañana y de tarde como por la realización de guardias localizadas. También influiría el tiempo medio de demora para una primera visita, menor para ORL en nuestro medio. Otro aspecto a considerar sería la comunicación adecuada del médico de AP con el servicio de ORL, mediante diversos canales implantados en el hospital, como la interconsulta no presencial o la figura del otorrino referente, para cada centro de salud. La comunicación fluida bidireccional genera confianza a la hora de realizar derivaciones. Como última explicación, esta diferencia también podría deberse a una formación inadecuada desde AP, con la falsa creencia de que los síntomas de vértigo y mareo tienen siempre un diagnóstico otorrinolaringológico. Nuestro departamento trabaja conjuntamente con AP en protocolos de derivación y en sesiones formativas sobre el vértigo.

En este estudio, casi el 90% de los pacientes ha sido valorado por el servicio de ORL. Este dato resulta muy llamativo, ya que la mayoría de los estudios epidemiológicos sobre el síntoma del vértigo son realizados por neurólogos^{1,2,4,9-11,20}. Neurología valoró a una cuarta parte y Rehabilitación a menos de una décima parte. Este estudio aporta una visión global de lo que está ocurriendo con pacientes con el síntoma de vértigo en un hospital, sin que esté limitada la selección de individuos por especialidades.

Un 76% de los pacientes ha sido valorado por un único servicio, un 21% por 2 y solo un 3% por 3 o más. Esto contrasta con el número de episodios que han sido creados por el mismo síntoma: un 41% tiene un único episodio, un 28% 2 episodios y un 31% 3 o más episodios, con una media de 2,4 episodios por paciente. De estos datos se puede concluir la reiteración de las consultas por el mismo síntoma.

El 82% de los pacientes habían sido dados de alta en consulta, la mayoría en los primeros 4 meses. Menos del 5% de los episodios permanecían abiertos, y el 14% de los pacientes habían abandonado el seguimiento. Según estos datos, podríamos considerar 2 interpretaciones muy diferentes para una enfermedad de resolución rápida por parte del especialista. La primera es que se trate de una dolencia de baja complejidad y que requiera pocas pruebas complementarias, con lo que el alta médica pueda darse de modo precoz. La segunda, y a nuestro juicio más acertada, es que el servicio receptor considere que el vértigo y/o mareo no están ocasionados por enfermedades propias de su especialidad. De este modo, se daría el alta al paciente sin solucionar el problema de vértigo y desembocaría en la reiteración de consultas. Aquí es cuando nos planteamos el beneficio que suponen las unidades de Otoneurología, que

proporcionan una asistencia al paciente global, interdisciplinar e integrada.

No observamos diferencias entre los meses de derivación; no parece influir la época estacional en la demanda de consulta por vértigo.

El 70% de las propuestas han sido codificadas dentro del grupo de síntomas inespecíficos, 780.4, similar a otro estudio¹¹. Es lógico pensar que al derivar no se tiene claro un diagnóstico, por lo que «vértigo y mareo» resulta adecuado como título de la propuesta de consulta. Pero en sí mismo no podríamos definirlo como un diagnóstico. El resto de los enunciados correspondientes al código 386 incluyen diagnósticos muy precisos que únicamente podrían ser dados tras estudios especializados⁹. De ellos, el más utilizado ha sido el vértigo posicional paroxístico benigno, uno de los diagnósticos más frecuentes y fáciles de detectar dentro de la enfermedad otoneurológica^{1-3,6,17,18}.

El estudio cuenta con las limitaciones de ser retrospectivo. En cuanto al número total de derivaciones desde AP y al resto de las especialidades, no estamos trabajando con un total de individuos, sino de propuestas. Si fuera así, se reflejaría mejor la población derivada al hospital dentro del departamento.

Este estudio analiza la derivación por un síntoma, sin tener en cuenta un diagnóstico final ni la evolución de estos pacientes. Así que no describe una prevalencia, sino una serie de casos nuevos que requieren atención durante un determinado periodo de tiempo.

Dado lo complicado que resulta estudiar la epidemiología de un síntoma, en este caso particular del vértigo y el mareo^{1,2,4,8}, se pretende aportar información novedosa en un campo poco desarrollado que pueda servir para mejorar la calidad de la asistencia del paciente con vértigo. Cabe mencionar que existe una subespecialidad consolidada en nuestro medio, la Otoneurología. Según una encuesta realizada en España²², la Otoneurología se encuentra instaurada en la mitad de los centros, y los que carecen de ella la consideran necesaria.

Este estudio también pretende sentar las bases para futuras investigaciones sobre el manejo clínico de cada paciente, los recursos utilizados por el sistema sanitario para resolver su problema y el desenlace de los casos.

Conclusiones

El vértigo como síntoma supone una carga significativa en el ámbito hospitalario. Los pacientes que lo experimentan consultan en múltiples ocasiones y son valorados en distintas especialidades. Esto implica que en ciertos casos el flujo de pacientes pueda resultar excesivamente dinámico e ineficaz.

En nuestro entorno, la ORL es el principal receptor de pacientes con los síntomas de vértigo y mareo.

Sería beneficioso, tanto para el paciente como para el sistema sanitario, establecer unas recomendaciones a seguir ante la presencia de un paciente con el síntoma de vértigo.

Como reflexión final, consideramos útil la implantación de unidades de Otoneurología en el ámbito hospitalario, la comunicación interprofesional e interniveles asistenciales, y la formación continuada.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A los médicos del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Torrevieja, por su lectura crítica y por compartir su experiencia. A la Dra. María Carmen Botella García, médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Patricio Pérez (Torrevieja), por su apreciada colaboración. Igualmente, gracias al Servicio de Investigación del Hospital Universitario de Torrevieja por la revisión crítica del proyecto y la asesoría científica.

Bibliografía

1. Neuhauser HK, Lempert T. Vertigo: Epidemiologic aspects. *Semin Neurol.* 2009;29:473–81.
2. Neuhauser HK. Epidemiology of vertigo. *Curr Opin Neurol.* 2007;20:40–6.
3. Bisdorff A, Bosser G, Gueguen R, Perrin P. The epidemiology of vertigo, dizziness, and unsteadiness and its links to comorbidities. *Front Neurol.* 2013;4:29.
4. Neuhauser HK, Radtke A, von Brevern M, Lezius F, Feldmann M, Lempert T. Burden of dizziness and vertigo in the community. *Arch Intern Med.* 2008;168:2118–24.
5. Weidt S, Bruehl AB, Moergeli H, Straumann D, Hegemann S, Buchi S, et al. Graphic representation of the burden of suffering in dizziness patients. *Health Qual Life Outcomes.* 2014;12:184.
6. Tungvachirakul V, Lisnichuk H, O'Leary SJ. Epidemiology of vestibular vertigo in a neuro-otology clinic population in Thailand. *J Laryngol Otol.* 2014;128 Suppl 2:S31–8.
7. Castillo L, Braga P. Mareo y/o vértigo como motivo de consulta en la policlínica neurológica: estudio descriptivo. *Rev Med Urug (Montev).* 2013;29:208–18.
8. Pérez Garrigues H, Andres C, Arbaizar A, Cerdan C, Meneu V, Oltra JA, et al. Epidemiological aspects of vertigo in the general population of the Autonomic Region of Valencia Spain. *Acta Otolaryngol.* 2008;128:43–7.
9. Polensek SH, Sterk CE, Tusa RJ. Screening for vestibular disorders: A study of clinicians's compliance with recommended practices. *Med Sci Monit.* 2008;14:CR238–42.
10. Clasificación Internacional de Enfermedades, 9.^a revisión modificación clínica (CIE-9-MC). Enero 2014. Edición electrónica [consultado 20 May 2017]. Disponible en: www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CIE9MC_2014_def_accesible.pdf
11. Kruschinski C, Kersting M, Breull A, Kochen MM, Koschack J, Hummers-Pradier E. Frequency of dizziness-related diagnoses and prescriptions in a general practice database. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2008;102:313–9.
12. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Los sistemas sanitarios en los países de la UE: características e indicadores de salud 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [consultado 20 May 2017]. Disponible en: https://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf
13. Báez Montilla JM, Sánchez Oropesa A, Garcés Redondo G, González Carnero R, Santos Béjar L, López de Castro F. Motivos y condicionantes de la interconsulta entre atención primaria y especializada. *Semergen.* 2013;39:89–94.
14. Der C, Salin MP, Iñiguez M, Valenzuela P. Realidad de la derivación a otorrinolaringología desde la atención primaria. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello.* 2006;66:95–102.
15. Kerber KA, Meurer WJ, West BT, Fendrick AM. Dizziness presentations in U. S. emergency departments, 1995-2004. *Acad Emerg Med.* 2008;15:177–82.
16. Newmann-Toker DE, Hsieh YH, Camargo CA Jr, Pelletier AJ, Butchy GT, Edlow JA. Spectrum of dizziness visits to US emergency departments: Cross-sectional analysis from a nationally representative sample. *Mayo Clin Proc.* 2008;83:765–75.
17. Wipperman J. Dizziness and vertigo. *Prim Care Clin Office Pract.* 2014;41:115–31.
18. Luscher M, Theilgaard S, Edholm B. Prevalence and characteristics of diagnosis groups amongst 1034 patients seen in ENT practices for dizziness. *The Journal of Laryngology & Otology.* 2014;128:128–33.
19. Neuhauser HK, von Brevern M, Radtke A, Lezius M, Feldmann M, Ziese T, et al. Epidemiology of vestibular vertigo: A neurotologic survey of the general population. *Neurology.* 2005;65:898–904.
20. Best C, Eckhardt-Henn A, Tschan R, Dieterich M. Psychiatric morbidity and comorbidity in different vestibular vertigo syndromes. Results of a prospective longitudinal study over one year. *J Neurol.* 2009;256:58–65.
21. Ketola S, Havia M, Appelberg B, Kentala E. Depressive symptoms underestimated in vertiginous patients. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007;137:312–5.
22. Alemán López O, Pérez Garrigues H, Pérez Vázquez P, Arán González I, Martín Sanz E. Encuesta sobre la situación de la otoneurología en España. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2015;66:309–16.