

	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VERTIGO POSTURAL PAROXISTICO BENIGNO	Versión: 01 Año: 2025
---	--	--------------------------



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VERTIGO POSTURAL PAROXISTICO BENIGNO

ROL	A CARGO DE	V° B°	FECHA
ELABORACIÓN	Servicio de Emergencia		
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos		
REVISIÓN	Oficina de Calidad en Salud		
	Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Modernización		
	Oficina de Asesoría Jurídica		
APROBADO	Dirección General		

	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VERTIGO POSTURAL PAROXISTICO BENIGNO	Versión: 01 Año: 2025
--	--	--------------------------

Control de Cambios

VERSIÓN	PUNTOS MODIFICADOS	FECHA
01	Versión Inicial	- 01 - 2025
02		
03		

Grupo elaborador de la Guía

M.C. Alama Ventocilla Paul Richard	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Alarcon Chang Diego Raul	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Arévalo Barriga Luz Delga	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Caro Meza Marcos Jhoel	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Espinoza Ramos Guillermo Jaime	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Gomero Soroluz José Raúl	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Huanca Ureta Ángel Sixto	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Nazario Yangali Fyorella Anggye	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Orcasitas Gálvez Mauricio Alonso	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Redondez Crispín Magaly Karina	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Soria Camilo Carlos Eduardo	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Torres Palomino Luis Ángel	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Tueros Moscoso Aníbal	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Vásquez Lazo Edwin	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Zunini Gutiérrez Víctor Alfonso	Medico Asistencial Servicio Emergencia

Grupo Revisor de la Guía

M.C. Alonso Yangali Rodrigo	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Bustinza Sovero Vladimir Omar	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Cabrera Villanueva Alex Samuel	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Cachuan Hinostroza Luz María	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Huancco Cáceres Nelly Patricia	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Poma Quispe Jessica Lizbeth	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Romero Carmona Maribel	Medico Asistencial Servicio Emergencia

ÍNDICE

I. FINALIDAD...	4
II. OBJETIVO	4
III. AMBITO DE APLICACIÓN.....	4
IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR	4
4.1. NOMBRE Y CODIGO CIE 10	4
V. CONSIDERACIONES GENERALES	4
5.1. DEFINICIÓN.....	4
5.2. ETIOLOGÍA	5
5.3. FISIOPATOLOGÍA.....	5
5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	5
5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.....	6
5.5.1 Medio Ambiente.....	6
5.5.2 Estilo de Vida	6
5.5.3 Otros factores de riesgo	6
VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	6
6.1. CUADRO CLÍNICO.....	6
6.1.1. Signos y Síntomas.....	6
6.1.2. Interacción Cronológica.....	7
6.2. DIAGNÓSTICO.....	7
6.2.1. Criterios Diagnóstico	7
6.2.2. Diagnóstico Diferencial	8
6.3. EXÁMENES AUXILIARES	8
6.3.1. De Patología Clínica.....	8
6.3.2 De Imágenes	8
6.3.3 De Exámenes especializados complementarios	9
6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.....	9
6.4.1. Medidas Generales	9
6.4.2. Terapéutica.....	9
6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento.....	10
6.4.4. Signos de Alarma.....	10
6.4.5. Criterios de Alta.....	10
6.4.6. Pronóstico.....	11
6.5. COMPLICACIONES	11
6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.....	11
6.7. FLUXOGRAMA	11
VII. ANEXOS	13
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	20

	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VERTIGO POSTURAL PAROXISTICO BENIGNO	Versión: 01 Año: 2025
--	--	--------------------------

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VERTIGO POSTURAL PAROXISTICO BENIGNO

I. FINALIDAD

La finalidad de esta guía es proporcionar un marco de referencia que apoye la toma de decisiones clínicas fundamentadas en las mejores evidencias disponibles, para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con vértigo postural paroxístico benigno, ofreciendo una orientación flexible y basada en recomendaciones sustentadas.

II. OBJETIVO

Presentar las alternativas más adecuadas, basadas en la evidencia disponible y considerando la infraestructura y los recursos locales de nuestra institución, para mejorar el enfoque diagnóstico y tratamiento del vértigo postural paroxístico benigno.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía técnica es de aplicación para el personal que labora en el servicio de Emergencia del Hospital de Lima Este-Vitarte y que se encuentre involucrado en la atención del paciente con Vértigo Posicional Paroxístico Benigno.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

- Diagnóstico y tratamiento de Vértigo Postural Paroxístico Benigno

4.1 NOMBRE Y CODIGO:

Nombre	Código CIE 10
Vértigo Postural Paroxístico Benigno	H81.1

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIÓN

El VPPB es un trastorno otoconial que produce un síndrome vestibular episódico de carácter paroxístico de breve duración, generalmente inferior a un minuto, el síndrome se caracteriza por un nistagmo que se desencadena por la estimulación anormal que provocan las otoconias en el conducto semicircular implicado. Esto suele ocurrir al acostarse, cuando el paciente se gira en la cama o al agachar la cabeza.

El síndrome es paroxístico y no se acompaña de alteraciones auditivas (acúfenos o hipoacusia) o cefalea, asociados a los síntomas vestibulares episódicos; la sintomatología es básicamente la misma para cualquiera de los tres conductos, no mostrándose en general diferencias en relación con la orientación espacial del conducto afectado, por tanto el diagnóstico definitivo reside en el nistagmo observado durante las maniobras específicas de provocación.

	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VERTIGO POSTURAL PAROXISTICO BENIGNO	Versión: 01 Año: 2025
---	--	--------------------------

5.2 ETIOLOGÍA

Se explica debido al desprendimiento de otolitos desde el vestíbulo hacia los canales semicirculares.

5.3 FISIOPATOLOGÍA

El Vértigo Posicional Paroxístico Benigno (V.P.P.B.) se deben a la mayor excitabilidad de uno de los sistemas vestibulares. Para entender su patología, se han propuesto dos teorías: la cupulolitiasis y la canalitiasis.

La cupulolitiasis, descrita por Schuknecht en 1969, sostiene que las masas de otoconias que se desplazan libremente son responsables de más del 98% de los casos de vértigo posicional paroxístico benigno. No existe evidencia que sugiera que las otoconias se adhieran de forma fuerte o duradera a la cúpula. El nistagmo apogeotrópico en el caso de la forma del canal horizontal se suele atribuir a la cupulolitiasis; sin embargo, la canalitiasis periampular explica el nistagmo autolimitado, mientras que el bloqueo reversible del canalito es la causa del nistagmo apogeotrópico prolongado. Los casos que no responden al tratamiento podrían deberse a la retención de partículas en los canales o las ampollas, aunque también puede existir adherencia persistente a la cúpula.

Por otro lado, la canalitiasis, descrita por Hall en 1979, propone que las partículas deben acumularse hasta alcanzar una "masa crítica" en la parte más baja del canal semicircular posterior. Cuando se altera la orientación del canal en relación con la gravedad, la masa de otoconias se mueve hacia una posición más dependiente. La fricción generada debe ser suficiente para superar la resistencia de la endolinfa en el canal y la elasticidad de la barrera cupular para provocar el desplazamiento de la cúpula. El tiempo necesario para que esto ocurra, junto con la inercia de las partículas, explica la latencia observada durante la *maniobra de Dix-Hallpike*.

Este nistagmo tiene una duración limitada, ya que el arrastre endolinfático cesa cuando la masa de otoconias llega a su límite de desplazamiento y la cúpula regresa a su posición neutral. El "nistagmo de inversión" ocurre cuando el paciente regresa a la posición vertical; en este caso, la masa de partículas se mueve en sentido contrario, provocando un nistagmo en el mismo plano, pero en dirección opuesta. La respuesta es fatigable porque las partículas se distribuyen a lo largo del canal, lo que reduce su eficacia para generar arrastre endolinfático y deflexión cupular.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:

La prevalencia de mareos y vértigo en la población general es de aproximadamente 20%-30% siendo el VPPB la forma más frecuente de vértigo periférico, sobre todo en edades entre 50-70 años, incluso se ha descrito que pacientes mayores de 70 años poseen 30% de probabilidades de tener al menos un episodio en su vida; representando aproximadamente 25% de todos los vértigos de origen vestibular. En el caso de los niños se estima una prevalencia 5,3%.

Según la literatura el vértigo vestibular representa alrededor de una cuarta parte de las quejas por mareo y tiene una prevalencia anual del 5% y una prevalencia durante la vida de 2,4% de la población general. La prevalencia de disfunción vestibular en adultos es variable: 1,8% en Corea, 3,1% en Taiwán, 7,4% en Alemania y 35,4% en EEUU

En cuanto al sexo se presenta mayor incidencia en el sexo femenino en proporción de 2:1.

	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VERTIGO POSTURAL PAROXISTICO BENIGNO	Versión: 01 Año: 2025
---	--	--------------------------

Se estima que el 60-90% de los casos de VPPB, son por afección del canal semicircular posterior, 6-16 % por afección del canal semicircular horizontal y rara vez la afectación es del canal semicircular superior.

La disfunción vestibular produce discapacidad física relacionada a riesgo de caídas, interrupción de las actividades diarias, días laborales perdidos y abandono laboral, que afectan la calidad de vida y generan un impacto negativo personal, social y económico. Así mismo se ha observado en otros países una alta tasa de recurrencia y reingreso de pacientes por disfunción vestibular, por lo que es necesario conocer la demanda y el contexto en el que se brinda estas atenciones.

En Chile Ramos y cols encontraron que VPPB fue más frecuente en mujeres (74%) y pacientes con edad promedio de 63 años y en el Perú Tapia y cols al realizar una revisión sobre la frecuencia de atenciones por disfunción vestibular periférica encontraron un predominio de atenciones en el sexo femenino (68%), siendo las atenciones más frecuentes fueron el síndrome vertiginoso no especificado 46,10% otros vértigos periféricos 18,58% y VPPB en 16,91%.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

5.5.1 Medio Ambiente

No aplica

5.5.2 Estilos de Vida

- Deportes de contacto
- Posiciones viciosas
- Riesgo de caídas

5.5.3 Factores hereditarios

No se describe predisposición genética

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1 Signos y síntomas

- Vértigo, habitualmente rotatorio (en personas de edad avanzada el síntoma puede ser inestabilidad), de comienzo brusco y duración breve, con movimientos de la cabeza en el plano vertical (acostarse o levantarse de la cama, mirar hacia arriba extendiendo el cuello, etc.); el diagnóstico está basado en las pruebas de provocación y el nistagmo característico observado. Puede estar asociado a náuseas y vómitos.
- Nistagmo:
 - a) Nistagmo en la canalolitiasis:
 - Latencia de 1 a 4 segundos, no debería superar los 10 segundos.
 - Curso: paroxístico, crescendo/decreciendo
 - Duración breve; máximo un minuto
 - Inversión al retornar a la posición de partida (frecuente)
 - b) Nistagmo en la cupulolitiasis
 - Latencia prácticamente inapreciable
 - Curso: persistente
 - Duración: mientras se mantiene la posición
 - En posición de partida: si hay nistagmo está presente siempre que se adopte dicha posición y es siempre el mismo.

	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VERTIGO POSTURAL PAROXISTICO BENIGNO	Versión: 01 Año: 2025
---	--	--------------------------

6.1.2 Interacción Cronológica

- Desprendimiento de otolitos
- Síntomas tras movimientos cefálicos

6.1.3 Gráficos

No aplica

6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1 Criterios de Diagnóstico

a) VPPB del Conducto Semicircular Posterior:

Prueba Diagnóstica:

Se realiza con la prueba de Dix-Hallpike (Anexo N° 1). El nistagmo es disconjugado (como corresponde a la estimulación de los conductos verticales), mostrando el ojo ipsilateral más marcado el componente torsional y el ojo contralateral el vertical; el nistagmo viene precedido de una latencia (que oscila entre 1 y 4 segundos y es inferior a 10 segundos), tiene un curso paroxístico y su duración es menor de 1 minuto, cuando se incorpora el paciente hasta la posición de partida, se genera un desplazamiento inverso del canalito (ampulipeto) y con ello un nistagmo vertical inferior y torsional horario, de menor intensidad.

En algunos pacientes puede resultar dificultoso realizar la prueba de Dix-Hallpike, generalmente por limitaciones en la extensión de la cabeza, una alternativa con el mismo valor diagnóstico, pues realiza también un movimiento en el plano del conducto posterior, es la llamada prueba de decúbito lateral o prueba de Semont; los nistagmos obtenidos y sus características serán exactamente los mismos que en la prueba de Dix-Hallpike.

b) VPPB Del Conducto Horizontal:

Variantes

- Canalolitiasis del brazo posterior (geotrópica)
- Canalolitiasis del brazo anterior (apogeotrópica)
- Cupulolitiasis

Prueba Diagnóstica: Prueba de Pagnini-McClure o de rotación cefálica (Anexo N°2)

- Canalolitiasis del brazo posterior, el lado afectado es el de nistagmus de mayor intensidad
 - Nistagmo horizontal derecho cuando la cabeza es girada hacia la derecha
 - Nistagmo horizontal izquierdo cuando la cabeza es girada hacia la izquierda
- Canalolitiasis del brazo anterior, el lado afectado es el de nistagmus de menor intensidad
 - Nistagmo horizontal izquierdo cuando la cabeza es girada hacia la derecha
 - Nistagmo horizontal derecho cuando la cabeza es girada hacia la izquierda-

	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VERTIGO POSTURAL PAROXISTICO BENIGNO	Versión: 01 Año: 2025
---	--	--------------------------

- Cupulolitiasis, con la maniobra de rotación cefálica, se obtendrá un nistagmo horizontal, sin latencia y persistente mientras dure la posición.
 - Nistagmo horizontal izquierdo cuando la cabeza esta girada hacia la derecha.
 - Nistagmo horizontal derecho cuando la cabeza esta girada hacia la izquierda.

6.2.2 Diagnóstico diferencial

a) Diagnóstico diferencial con procesos otológicos

- Enfermedad de Meniere
- Síndrome Vestibular agudo unilateral (Neuritis, laberintitis)
- Dehiscencia del conducto semicircular superior
- Acueducto vestibular dilatado
- Fistula perilinfática, fistula del conducto semicircular anterior

b) Diagnóstico diferencial con procesos neurológicos

- Migraña vestibular
- Paroxismia vestibular
- Lesiones en las estructuras entorno al IV ventrículo (lesiones desmielinizantes, tumores, lesiones isquémicas, lesiones degenerativas)
- Lesiones cerebelosas (lesiones desmielinizantes, tumores, lesiones isquémicas, lesiones degenerativas)
- Lesiones troncoencefálicas (lesiones desmielinizantes, tumores, lesiones isquémicas, lesiones degenerativas)
- Enfermedad de Arnold-Chiari

c) Diagnóstico diferencial con otras entidades susceptibles de emular un VPPB

- Hipotensión ortostática.
- Trastornos de pánico o ansiedad.
- Fármacos (carbameceptina, misolina, fenitoína, litio, antihipertensivos, tranquilizantes).
- Vértigo rotacional cervical.
- Espasmo de convergencia posicional.

6.3 EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1. De Patología clínica

- Para el diagnóstico de VPPB, no se deben utilizar pruebas de laboratorio y gabinete

6.3.2. De Imágenes

- No existen datos radiológicos característicos de VPPB, por lo que a los pacientes diagnosticados con VPPB, no se les deberá realizar, imágenes radiográficas (incluyendo TAC y RM, a menos que el diagnóstico sea incierto o en casos que se presenten signos o síntomas no relacionados a VPPB; que justifiquen la realización de dichas pruebas.
- Solo está indicada la TAC de oídos y hueso temporal si hay antecedente de traumatismo cerebral.

	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VERTIGO POSTURAL PAROXISTICO BENIGNO	Versión: 01 Año: 2025
---	--	--------------------------

6.3.3. De Exámenes especializados complementarios

- Videoculoscopia, solo indicada por médico especialista en Otorrinolaringología.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD

6.4.1 Medidas Generales y Preventivas

- No aplica

6.4.2 Terapéutica

a) Maniobras Terapéuticas:

La recuperación espontánea de los pacientes con VPPB es del 23 %.

Los pacientes que presentan VPPB, se deben tratar con maniobras de reposicionamiento, por lo que deben ser enviados para evaluación, para su tratamiento. La resolución de los síntomas se logra en > 80% de los casos y la mejoría en 10%, con la primera maniobra. El éxito es mayor a 92% después de una segunda maniobra. Se presenta recurrencia del cuadro en aproximadamente el 30% de los casos.

A los pacientes en los que no se logre la desaparición de los síntomas o en los que haya recurrencia, enviarlos de nuevo con el otorrinolaringólogo, para una segunda maniobra de reposicionamiento.

VPPB Canal Posterior

- El tratamiento del VPPB-Canal posterior se basa en las maniobras de reubicación de partículas, las maniobras indicadas son las de **Epley y la de Semont**, en ambas maniobras la aparición de un nistagmo ortotrópico es un dato de buen pronóstico. La elección de la maniobra depende de la experiencia del clínico y de las dificultades anatómicas que el paciente pueda presentar para realizar una u otra maniobra (obesidad severa, rigidez de la columna cervical, etc.)

El VPPB se considera resuelto cuando no se observa nistagmo en la prueba de provocación correspondiente.

VPPB Canal Horizontal

- Tratamiento de la canalotiasis del brazo posterior (variante geotrópica):
 - Maniobra de Gufoni
 - *Maniobra de Lempert o de Barbacoa*
- Tratamiento de la canalotiasis del brazo anterior (variante apogeotrópica):
 - Maniobra de Gufoni
- Tratamiento de la cupulotiasis: Se aplicará el mismo tratamiento que para la canalotiasis del brazo anterior (maniobra de Gufoni), con tiempos más prolongados entre las distintas posiciones. Aquí también es esperable que se consiga inicialmente convertirlo en una canalotiasis del brazo posterior, una vez desprendidas las partículas de la cúpula, pasando luego a completar el tratamiento con las maniobras correspondientes.

	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VERTIGO POSTURAL PAROXISTICO BENIGNO	Versión: 01 Año: 2025
---	--	--------------------------

El VPPB del canal horizontal se considera resuelto cuando no se produce nistagmo tras la prueba de provocación.

b) Tratamiento Farmacológico en el VPPB

Las guías de la American Academy of Otolaryngology, Head and Neck Surgery Foundation, desaconsejan el tratamiento rutinario del VPPB con fármacos supresores vestibulares como antihistamínicos, benzodiazepinas o anticolinérgicos. Sin embargo, su uso puede tener un papel en el control a corto plazo de los síntomas del sistema nervioso autónomo, como náuseas, palidez o vómitos.

Los fármacos se administran con la finalidad de amortiguar la actividad vestibular descompensada. Su eficacia es sintomática, ya que no suprimen la causa que origina el vértigo.

Se ha encontrado que en pacientes con crisis agudas de VPPB y ausencia de vómito, el uso de cualquiera de los siguientes esquemas de tratamiento disminuye la sintomatología exacerbada durante las maniobras de reposicionamiento:

- Cinarizina a dosis bajas (40 a 120 mg diarios en dos o tres tomas).
- Dimenhidrinato (50 a 100 mg dos o tres veces al día) o
- Diazepam 2 a 10 mg al día, dividido cada 6 a 8 horas, indicados sí es que se necesita un efecto sedante.
- Otro fármaco útil es la betahistina, un análogo sintético de la histamina, por su efecto vasodilatador, aumenta el flujo vascular en el vestíbulo lo que podría generar un efecto antivertiginoso y la reducción en la intensidad del nistagmo

En caso de vómito: Puede administrar metoclopramida 10 mg IM ó IV y posteriormente vía oral (10 mg 3 veces al día).

Existen estudios que mencionan que el uso de vitamina D y carbonato de calcio, diariamente reducen significativamente la recurrencia de VPPB, en pacientes con episodios recurrentes, sobre todo en aquellos que manejan niveles más bajo de vitamina D sérica.

Es fundamental recordar que tanto el reposo en cama como el tratamiento medicamentoso, deben ser breves (de 3 a 5 días), dado que ambos retrasan la compensación vestibular.

6.4.3 Efectos Adversos o colaterales con el tratamiento

- Uso de Maniobras Terapéuticas: Ninguno
- Medicamentos: Los efectos están relacionados al uso de cada medicamento empleado.

6.4.4 Signos de Alarma

- Vértigo y nistagmo de características centrales
- Concomitancia de síntomas neurológicos.

6.4.5 Criterios de alta

- Desaparición de nistagmo en las maniobras diagnósticas.

	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VERTIGO POSTURAL PAROXISTICO BENIGNO	Versión: 01 Año: 2025
--	--	--------------------------

6.4.6 Pronóstico

- Buen pronóstico por recuperación completa tras maniobras de reposición.

6.5 COMPLICACIONES:

- Ninguna.

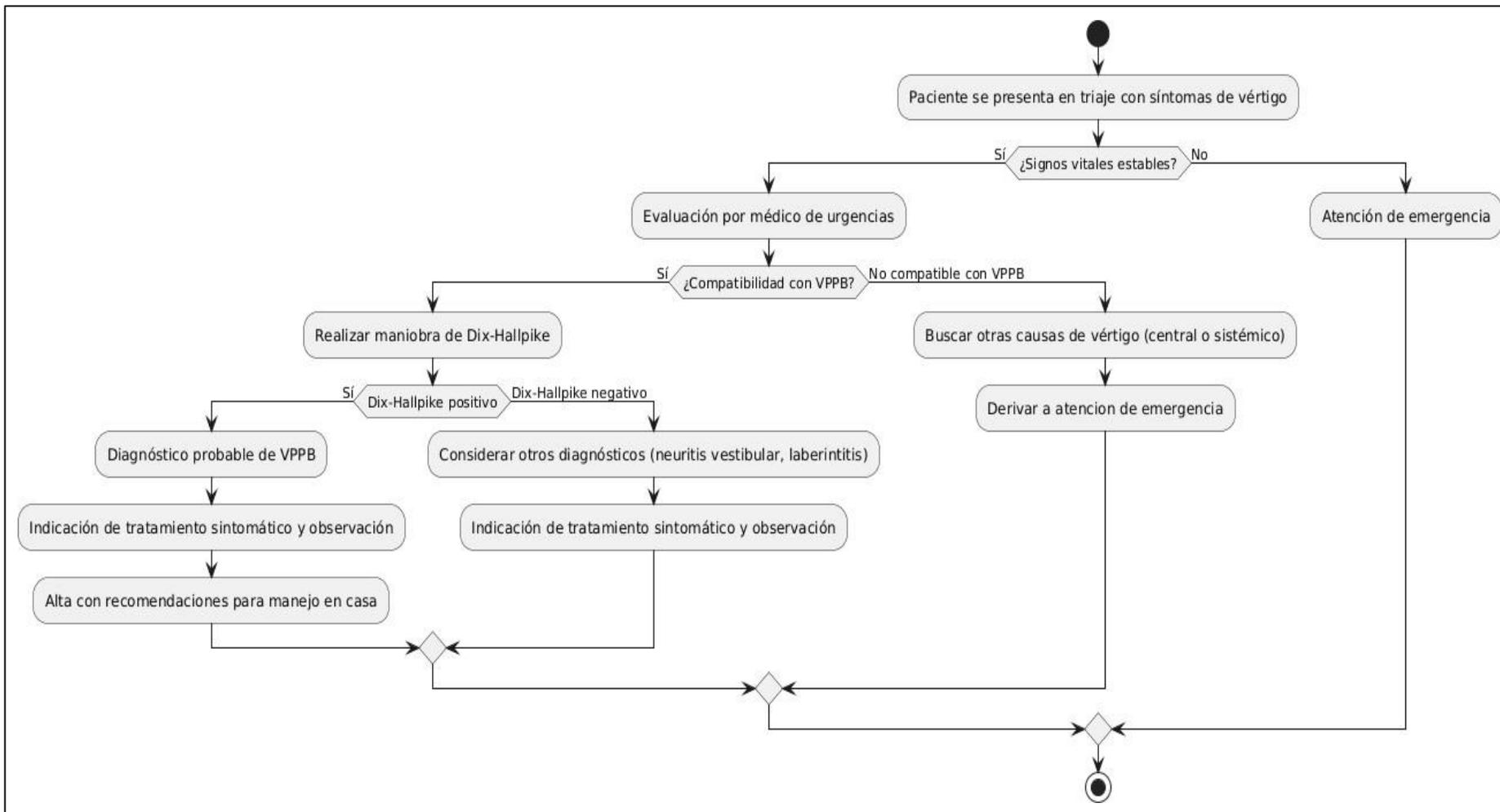
6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:

Los pacientes son derivados para ser evaluados por médicos especialistas en consulta externa, en las siguientes situaciones:

- Persistencia de vértigo posicional
- Síntomas neurológicos concomitantes
- Patología osteomuscular

6.7 FLUXOGRAMA

FLUXOGRAMA DE PACIENTE DE VPPB



 <p>PERÚ Ministerio de Salud Hospital de Lima Este - Vitarte</p>	<p>GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VERTIGO POSTURAL PAROXISTICO BENIGNO</p>	<p>Versión: 01 Año: 2025</p>
---	---	----------------------------------

VII.- ANEXOS:

- **ANEXO N°1: MANIOBRA DIAGNÓSTICA DE DIX HALLPIKE**
- **ANEXO N°2: MANIOBRA DIAGNÓSTICA DE MC CLURE**
- **ANEXO N°3: MANIOBRA DE TRATAMIENTO DE EPLEY**
- **ANEXO N°4: MANIOBRA DE TRATAMIENTO DE SEMONT**
- **ANEXO N°5: MANIOBRA DE GUFONI**
- **ANEXO N°6: MANIOBRA DE LEMPERT O BARBACOA**

ANEXO N°1: MANIOBRA DIAGNÓSTICA DE DIX HALLPIKE, (positiva en VPPB con afectación del conducto semicircular posterior y superior)

A

Gravity ↓

Sagittal body plane 45 degrees

Vantage point

Superior canal

Posterior canal

Utriculus

Posterior-canal ampulla

Particles

Gravity ↓

B

Gravity ←

Utriculus

Posterior-canal ampulla

Superior canal

Posterior canal

Particles

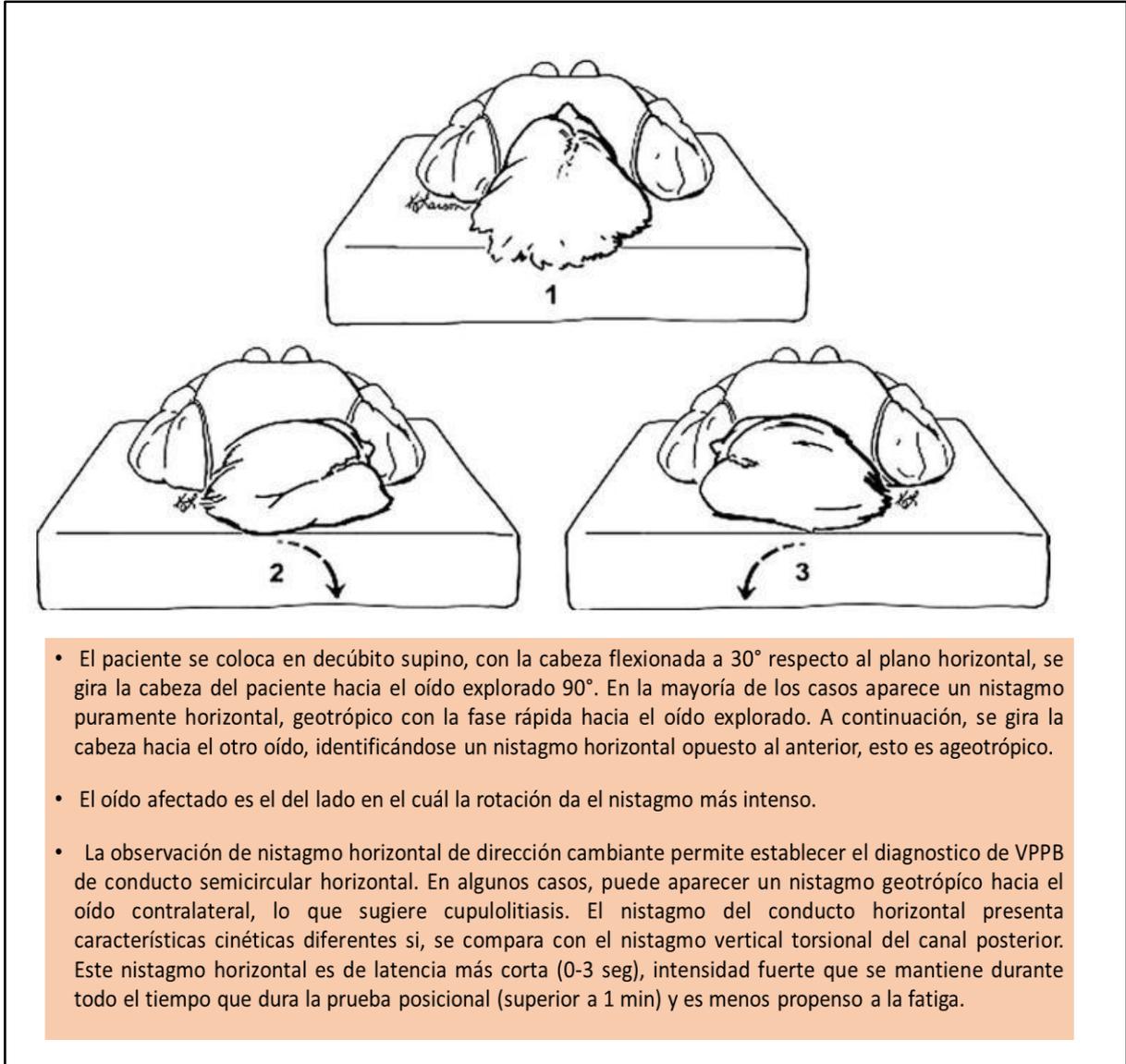
Gravity ↓

Vantage point

- El paciente está inicialmente sentado mirando al frente, se gira la cabeza a 45° hacia el oído explorado, en seguida el paciente se coloca en decúbito supino, con la cabeza colgando a 30°. Se observan los ojos del paciente apreciando el nistagmo típico de breve latencia (1-5 segundos) y duración limitada (típicamente < 30 segundos).
- Con los ojos en posición neutra, el nistagmo tiene un componente torsional con fase rápida hacia el lado afectado. La dirección del nistagmo revierte cuando el paciente se coloca en posición vertical; el nistagmo se fatiga si se repite la maniobra.
- El nistagmus es breve en los casos de canalitiasis, pero puede persistir en casos de cupulolitiasis.
- ❖ VPPB del CSCP derecho: Nistagmo rotatorio a la derecha, antihorario y hacia arriba.
- ❖ VPPB del CSCP izquierdo: Nistagmo rotatorio a la izquierda, horario y hacia arriba.
- ❖ VPPB del CSCS derecho: Nistagmo rotatorio a la derecha, antihorario y hacia abajo.
- ❖ VPPB del CSCS izquierdo: Nistagmo rotatorio a la izquierda, horario y hacia abajo.

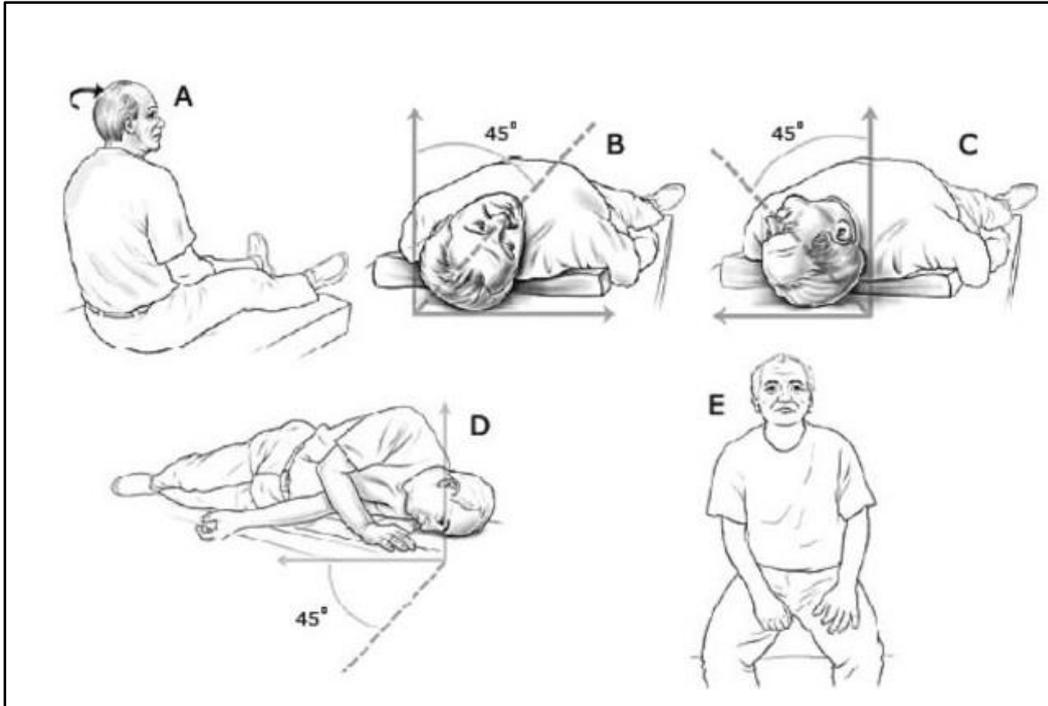
Fuente: GPC Diagnóstico y Tratamiento Vértigo Postural Paroxístico Benigno en el Adulto. Instituto Mexicano del Seguro Social.

ANEXO N°2: MANIOBRA DIAGNÓSTICA DE MC CLURE, (positiva en VPPB con afectación del conducto semicircular horizontal)



Fuente: GPC Diagnóstico y Tratamiento Vértigo Postural Paroxístico Benigno en el Adulto. Instituto Mexicano del Seguro Social.

ANEXO N°3: MANIOBRA DE TRATAMIENTO DE EPLEY (utilizada en paciente portadores de VPPB con afectación del conducto semicircular posterior)



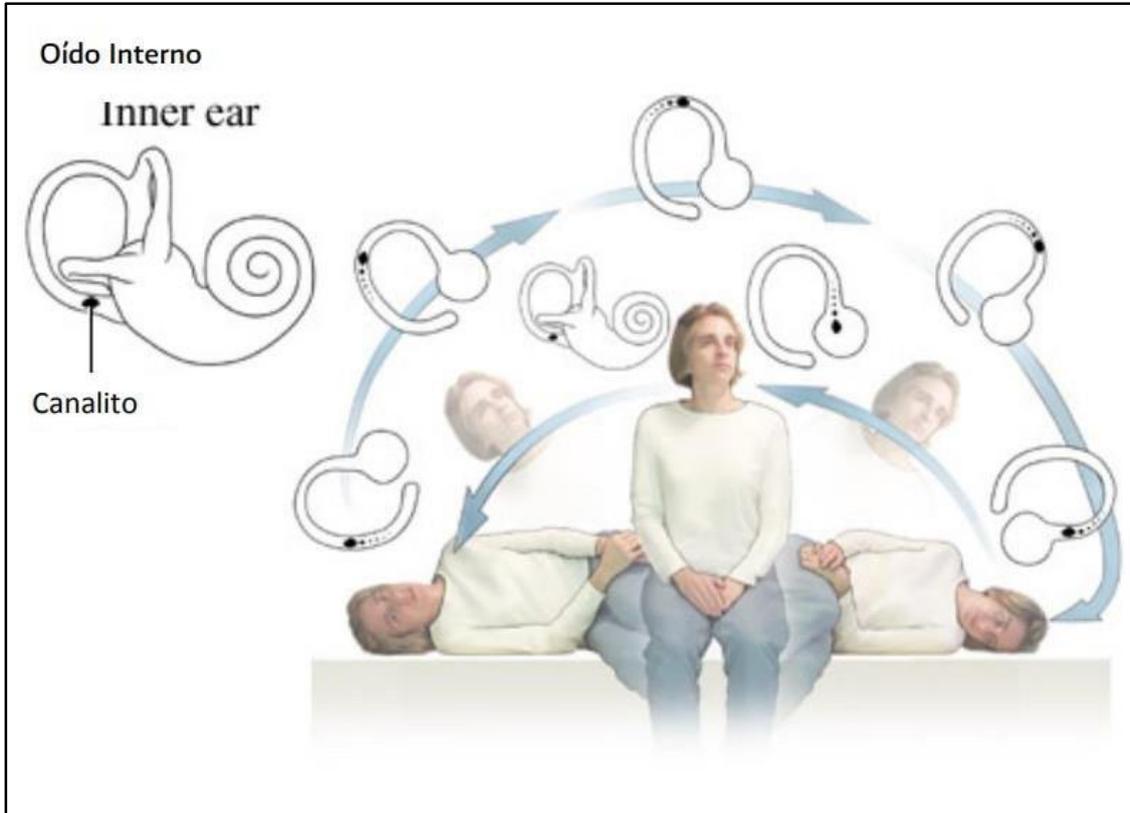
Fuente: GPC Diagnóstico y Tratamiento Vértigo Postural Paroxístico Benigno en el Adulto. Instituto Mexicano del Seguro Social.

- A. Paso 1.- Paciente sentado con la cabeza girada hacia el oído afectado.
- B. Paso 2.- Paciente en posición supina con cabeza colgando a 30 grados
- C. Paso 3.- Se gira la cabeza al oído contralateral a 45 grados
- D. Paso 4.- Se gira al paciente lateralmente con la cabeza volteada 45 grados hacia abajo
- E. Paso 5.- Se lleva al paciente a posición sentada, con la cabeza al frente a 45 grados

Cada paso se debe realizar durante un minuto.

La maniobra de tratamiento de Epley a la inversa, se utiliza en portadores de VPPB con afectación del CONDUCTO SEMICIRCULAR SUPERIOR, se siguen los pasos a la inversa de la figura antes descrita.

ANEXO N°4: MANIOBRA DE TRATAMIENTO DE SEMONT, (utilizada en portadores de VPPB con afectación del conducto semicircular posterior)

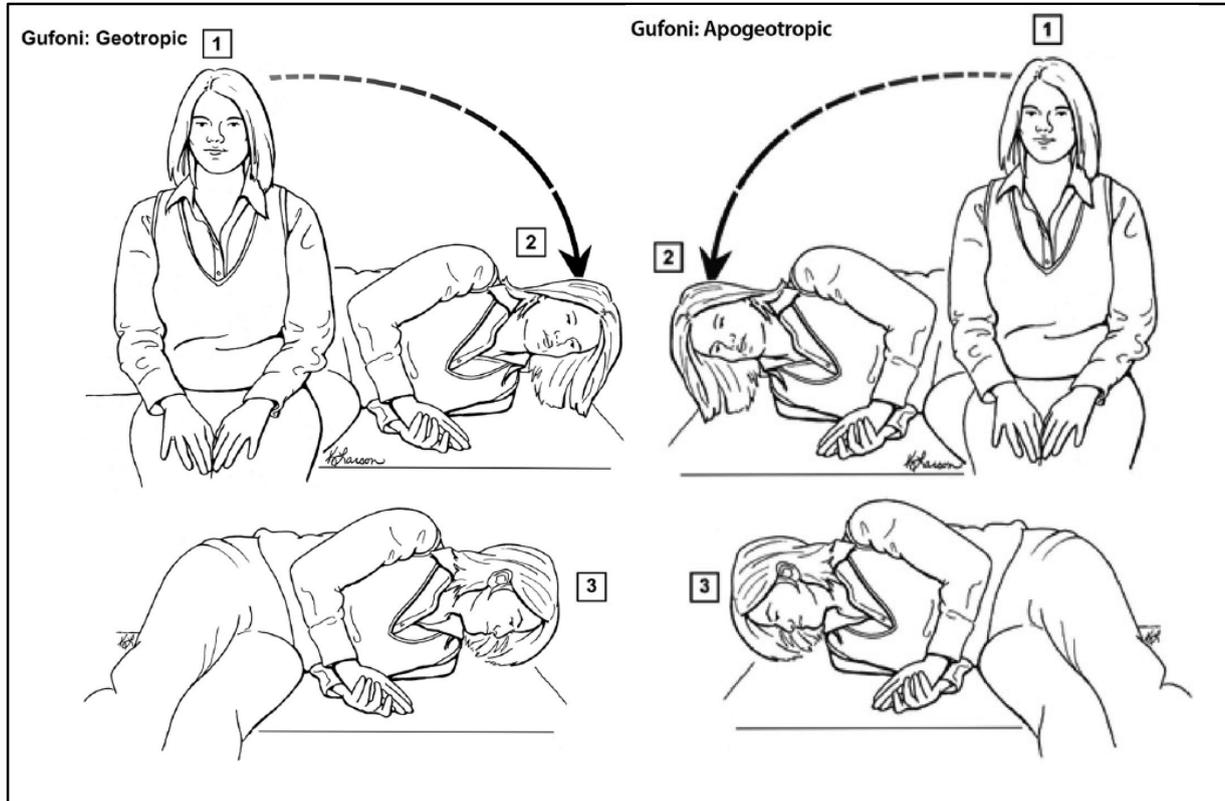


Fuente: GPC Diagnóstico y Tratamiento Vértigo Postural Paroxístico Benigno en el Adulto. Instituto Mexicano del Seguro Social.

También conocida como maniobra de liberación, se encuentra basada en la teoría de la cupulolitiasis, y consiste en liberar los otolitos de la cúpula y facilitar su migración por el conducto semicircular hasta la cruz común.

- A. Paso 1: Paciente sentado con los pies colgando a la orilla de la cama con la cabeza rotada a 45° hacia el lado afectado.
- B. Paso 2: Sin modificar la posición de la cabeza respecto al tronco, acostamos rápidamente al paciente, posición de decúbito lateral con el oído afectado hacia abajo (3 minutos)
- C. Paso 3: Sin modificar la posición de la cabeza respecto al tronco, se lleva rápidamente al paciente a la posición contraria (girar bruscamente 180°), descansando sobre el oído contralateral (3 minutos).
- D. Paso 4: Incorporamos al paciente a u posición inicial.

ANEXO N°5: MANIOBRA DE GUFONI, (utilizada en portadores de VPPB con afectación del conducto semicircular horizontal)



Fuente Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update)

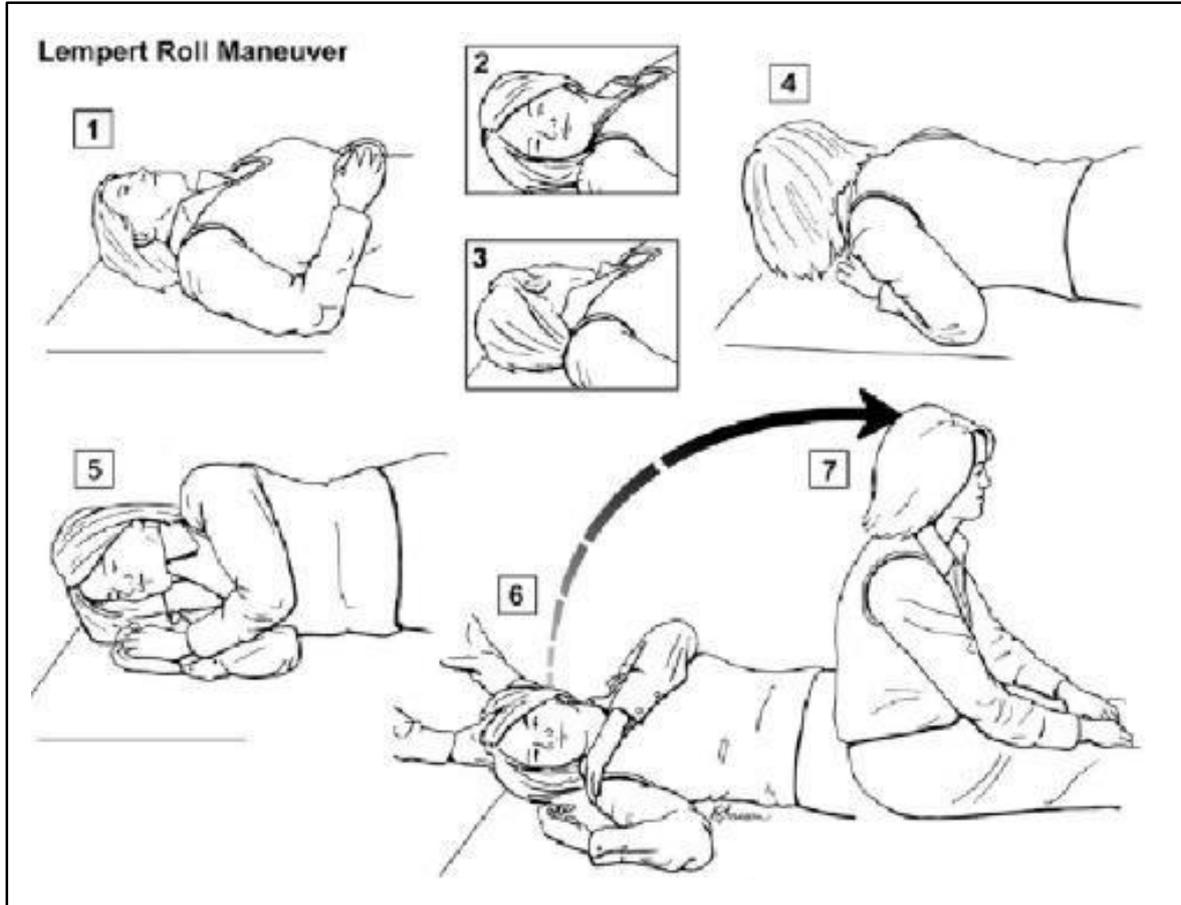
Paso 1: Paciente sentado con los pies colgando a la orilla de la cama.

Paso 2: Sin modificar la posición de la cabeza respecto al tronco, acostamos rápidamente al paciente, sobre el oído del lado sano.

Paso 3: giramos la cabeza 45° hacia el lado sano (la nariz hacia la camilla)

Paso 4: Incorporamos al paciente.

ANEXO N°6: MANIOBRA DE LEMPERT O BARBACOA (utilizada en portadores de VPPB con afectación del conducto semicircular horizontal)



Fuente Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update)

Paso 1: Posición inicial, paciente en decúbito supino.

Paso 2 y 3: Giramos la cabeza hacia el lado sano, y luego giramos el cuerpo hacia el lado sano.

Paso 4: Giramos la cabeza otros 45° hacia el lado sano (paciente quedará mirando hacia abajo).

Paso 5: Giramos el cuerpo hacia el lado sano, quedando el paciente en prono.

Paso 6: Giramos el cuerpo otros 45° al lado sano, para después

Paso 7: Incorporar al paciente.

	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VERTIGO POSTURAL PAROXISTICO BENIGNO	Versión: 01 Año: 2025
---	--	--------------------------

VIII.- BIBLIOGRAFÍA

1. Imai T, Inohara H. Benign paroxysmal positional vertigo. *Auris Nasus Larynx*. 2022;49(5):737-747. doi: 10.1016/j.anl.2022.03.012.
2. Chen J, Zhang S, Cui K, Liu C. Risk factors for benign paroxysmal positional vertigo recurrence: a systematic review and meta-analysis. *J Neurol*. 2021;268(11):4117-4127. doi:10.1007/s00415-020-10175-0.
3. Power L, Murray K, Szmulewicz DJ. Characteristics of assessment and treatment in Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV). *J Vestib Res*. 2020;30(1):55-62. doi:10.3233/VES-190687.
4. Paz Pérez-Vázquez et al. "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del VPPB". *Acta Otorrinolaringológica Española*, 2020.
5. Kim HJ, Kim JS, Choi KD, et al. Effect of Self-treatment of Recurrent Benign Paroxysmal Positional Vertigo: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurol*. 2023;80(3):244-250. doi:10.1001/jamaneurol.2022.4944.
6. Lemos J, Strupp M. Central positional nystagmus: an update. *J Neurol*. 2022;269(4):1851-1860. doi:10.1007/s00415-021-10852-8.
7. Strupp M, Mandala M, Vinck AS, et al. The Semont-Plus Maneuver or the Epley Maneuver in Posterior Canal Benign Paroxysmal Positional Vertigo: A Randomized Clinical Study. *JAMA Neurol*. 2023;80(8):798-804. doi:10.1001/jamaneurol.2023.1408.
8. Bhattacharyya N, et al. "Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update)". *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 2020.
9. Gallardo J., Escalona L., Moreno S., Fernández J. "El vértigo que todos debemos conocer". *Anales Médicos ABC*, 2019.
10. Wang Y, Liang L, Song Y, Liu Y. Incidence and predictors of recurrence in benign paroxysmal positional vertigo. *Am J Otolaryngol*. 2020;41(6):102660.
11. Sadeghi M, Badfar G, Shohan M, Mansouri K. Risk factors for benign paroxysmal positional vertigo recurrence: A meta-analysis. *Acta Neurol Belg*. 2019;119(4):533-540.
12. Tsutsumi T, Tokura M, Ando T, Shimogori H, Yamasoba T. Epidemiological analysis of benign paroxysmal positional vertigo in a university hospital in Japan. *Otol Neurotol*. 2022;43(8):1203-1209.
13. Zhang L, Li Y, Ding Y, Li Y, Jin L, Li J. Comparative efficacy of different maneuvers for benign paroxysmal positional vertigo. *Acta Neurol Scand*. 2019;140(2):126-134.
14. Soto C, Araya F, Silva A. Factores de riesgo y características clínicas en pacientes con vértigo posicional paroxístico benigno. *Rev Med Chil*. 2023;151(3):322-327.
15. Bhattacharyya N, Gubbels S, Schwartz SR, Edlow JA, El-Kashlan H, Fife T, et al. Clinical practice guideline: Benign paroxysmal positional vertigo (update). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020;162(6_suppl)
16. Kim JS, Zee DS. Benign paroxysmal positional vertigo. *N Engl J Med*. 2022;387(6):546-555.
17. Von Brevern M, Bertholon P, Brandt T, Fife TD, Imai T, Nuti D, et al. Diagnostic criteria for benign paroxysmal positional vertigo. *J Vestib Res*. 2022;32(5):231-236.
18. Shojaku H, Takemura M. Treatment of benign paroxysmal positional vertigo by the Epley maneuver in the aged population. *Geriatr Gerontol Int*. 2020;20(5):413-417.
19. Wolf SR, Veerman SR, Tiegies Z, Penning E, Colard S, Rudiger H. Vestibular function and balance in older adults with benign paroxysmal positional vertigo. *J Am Geriatr Soc*. 2023;71(3):678-684.

	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VERTIGO POSTURAL PAROXISTICO BENIGNO	Versión: 01 Año: 2025
---	--	--------------------------

20. Bronstein AM, Golding JF, Gresty MA. Vestibular disorders and visual dependence. *Curr Opin Neurol.* 2022;35(1):115-121.
21. Barboza Hernández W, Zievinger P, Hernández Gutiérrez M. Vértigo posicional paroxístico benigno: revisión bibliográfica. *Rev Sinergia.* 2022;7(7).
22. "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Vértigo Paroxístico benigno (VPPB)". Hospital Cayetano Heredia. Departamento de Cirugía – Servicio de Otorrinolaringología, Perú. 2019. Disponible en: https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_215-2019-HCH-DG.pdf
23. RAMOS Y, Phoebe et al. Vértigo posicional paroxístico benigno: Factores de riesgo asociados y eficacia de las maniobras de reposición. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello, Santiago,* v. 80, n. 1, p. 19-27, marzo 2020. Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162020000100019&lng=es&nrm=iso>.
24. Tapia-Egoavil, Raquel, Cabrera-Iturrizaga, Marlene Luisa, & López-Soria, Jorge. (2019). Frecuencia de atenciones por disfunción vestibular periférica en hospitales de nivel III, Perú. *Revista Médica Herediana,* 30 (0), 87 -93. Disponible en: <https://doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v30i2.3547>.