

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril , 2016
		Vigencia	Abril, 2018

**PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
PROTOCOLO: MAREOS**

Elaborado por:	Visado por:	Aprobado por:
Equipo de NEUROLOGIA/ ORL	Subdirector Médico Dr. Jaime Neira	Director de Servicio Dr. Milton Moya
Fecha: Abril 2016	Fecha	Fecha

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril , 2016
		Vigencia	Abril, 2018

Fecha de Elaboración.
Elaborado: Abril 2016

Participantes de la elaboración del Documento:

- .-Neurologo
- .-Dra. Loreto Nicklas Diaz. Otorrinolaringologa, Jefe Unidad Otorrinolaringología. HHA.
- .-Medicos APS

Declaración de Conflicto de Interés

“Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración/revisión de este protocolo”.

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril , 2016
		Vigencia	Abril, 2018

Índice

Fecha de Elaboración y Revisión	2
Autores y Comité Revisor	2
Conflicto de Intereses	2
Introducción	4
Mapas de Red	4
Objetivo	5
Población Objetivo	5
Ámbito de Aplicación	5
Definición o Glosario	5
Desarrollo	6
Flujograma.	10
Metodología de Evaluación.	11
Planes de Difusión.	11
Bibliografía	11

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril , 2016
		Vigencia	Abril, 2018

Introducción:

La patología Neurológica y Otorrinolaringológica es una frecuente causa de consulta en el nivel primario de atención. El médico del nivel primario habitualmente se ve enfrentado a tomar decisiones sobre el manejo clínico de pacientes con patologías oto-neurologicas, a partir del conocimiento adquirido en el pregrado y la experiencia clínica adquirida en la práctica profesional. Anualmente se generan un alto porcentaje de interconsultas por causas de esta patología en todos los establecimientos de la Red, y constituyen el 11% en promedio, de toda la lista de espera en el Servicio de Salud Araucanía Sur. La mayoría de esta patología podrían manejarse en el nivel primario, al contar con un documento de orientación clínica que permita tomar decisiones informadas y resolver los problemas de salud prevalentes en su Centro de Salud, y referir al nivel secundario ambulatorio de especialidad aquellos problemas que, de acuerdo a sus características y evolución, requieren de la opinión profesional especializada del área. Además, en este proceso es de alta relevancia contar siempre con el documento formal de Contrarreferencia por parte del especialista, ya que ello también permite un mejor manejo a futuro.

Por lo anterior, se justifica el diseño del presente protocolo, que pretende contribuir a formalizar los procesos de manejo clínico y derivación en los casos de Mareo.

Este documento fue elaborado siguiendo las pautas establecidas por el MINSAL en cuanto a los puntos que deben conformarlo, los cuales reúnen Introducción, mapas de red , objetivo, población, ámbito de aplicación, responsables, el proceso de distribución para llevar a cabo la implementación del mismo, y la metodología de evaluación. El desarrollo y flujograma del tema en sí, se basó en la mejor evidencia disponible (metanálisis y revisiones sistemáticas) en una búsqueda sistemática de la misma a través de bases electrónicas como Medline, Bireme, Guideline, Dare-HTA, usando las palabras claves en inglés y español: “**Mareo**” “**Dizziness**”, sumado a estudios que los expertos en el tema consideraban incorporar por su utilidad, para que finalmente y en base a GRADE como un método sistemático y explícito para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones, se resaltan las recomendaciones consideradas: “A Favor” de implementarse, en base a la evidencia, la experiencia de los involucrados y los recursos disponibles.

Mapas de Red

Nivel Primario:

- Dirección de Departamentos de Salud Municipal
- Dirección de Hospitales de base Comunitaria
- Dirección de Establecimientos Atención primaria Salud (CESFAM, CECOSF, Postas de Salud Rural y Estaciones Médicos Rurales)
- Box médico o Clínico de los distintos establecimientos
- Servicios de Urgencias (Servicio atención primaria Urgencia, servicio de Urgencia Rural)

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril , 2016
		Vigencia	Abril, 2018

Nivel Secundario:

- Unidad de Neurología y ORL del HHA
- Unidad de Otorrinolaringología del HHA
- Dirección y Sub dirección Médica del HHA
- Consultorios de Especialidades al HHA
- Dirección y Subdirección Medica del SSAS

Objetivo

Definir un sistema de referencia y contra referencia en la Red Asistencial de salud de pacientes portadores de Mareos, para fortalecer la calidad de la atención, el uso de los recursos y optimizar la comunicación entre los diferentes niveles de atención.

Población Objetivo

Para la atención de todo paciente con Mareo en todos los niveles de atención de salud de nuestra Red Asistencial.

Ámbito de Aplicación

Dirigidas a Médicos Generales, Médicos de Familia o Médicos Especialistas (Neurólogos, ORL, etc) y otros profesionales del nivel primario y secundario de atención de la Red Asistencial del Servicio de Salud de la Araucanía Sur.

Responsables

De la Ejecución:

.-Profesionales: médicos generales, Médicos familiares o Médicos especialistas (Neurólogos, ORL, etc) y otros profesionales del nivel primario y secundario de atención de la Red asistencial del servicio de Salud de la Araucanía Sur.

.-De los Deptos./Unidades encargadas:

Direcciones de establecimientos de atención primaria salud y hospitales de base comunitaria; Servicio de Neurología / ORL del HHA; Dirección y subdirección medica del HHA; Dirección y Sub dirección médica del SSAS.

Definiciones o Glosario de términos

- APS: Atención Primaria en Salud
 CAE: Consultorio adosado de Especialidades
 CECOSF: Centro Comunitario de Salud Familiar
 CESFAM: Centro de Salud familiar
 CIRA: Consejo Integrado de Red Asistencial
 FC: Ficha Clínica
 HHA: Hospital Hernán Henríque Aravena
 SIC: Solicitud de Interconsulta

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril , 2016
		Vigencia	Abril, 2018

SOME: Servicio de orientación Médica estadístico.

SSAS: Servicio de Salud Araucanía SUR

VPPB: Vértigo Posicional Periférico Benigno

Desarrollo

El mareo es un término impreciso que puede referirse a una sensación subjetiva, inespecífica, que abarca un conjunto de situaciones que tienen en común alteración del equilibrio, sentido de desorientación espacial, el movimiento del medio ambiente, o desvanecimiento.

El primer paso en APS que facilita el abordaje se refiere a realizar la diferenciación de la causa de mareo, considerando las 4 categorías principales de mareos: Vértigo (En un 45-54%), Pre síncope / Síncope (Hasta un 14%), Desequilibrio (Hasta un 16%), y síntomas no específicos o desvanecimiento (Aproximadamente un 10%).

Vértigo. Sensación ilusoria de movimiento que algunos interpretan como la auto-moción y otros como el movimiento del medio ambiente. La percepción más común es la sensación de giro y su presencia indica una alteración a nivel del sistema vestibular. Se puede clasificar en central y periférico.

Las principales causas de vértigo son periféricos y benignos: Vértigo Posicional Paroxístico Benigno(VPPB), enfermedad de Meniere, neuritis vestibular y laberintitis.

Síncope-Pre síncope. Pérdida transitoria del nivel de conciencia que se caracteriza por ser de inicio rápido, duración corta y recuperación espontánea completa. El pre síncope es la sensación inminente de pérdida de conciencia, un síntoma prodrómico de desmayo. La principal causa son los medicamentos.

Desequilibrio. Alteración en el mantenimiento de la posición con inestabilidad en la marcha. Se suele producir al caminar y desaparece al sentarse o en decúbito. Se debe a la pérdida de la capacidad para mantener la proyección del centro de gravedad dentro de la base de sustentación por afectación de los sistemas visual, vestibular, propioceptivo, cerebral y del aparato locomotor. Las principales causas son enfermedad de Parkinson y la neuropatía diabética.

Mareo inespecífico. Sensación mal definida que no puede incluirse en las otras tres categorías. Los trastornos psiquiátricos, como la depresión, la ansiedad y el síndrome de hiperventilación, están entre las causas más frecuentes.

	Vértigo	Presíncope	Desequilibrio	Inespecífico
Descripción	Ilusión de movimiento Uno mismo o el medio	Sensación de inminente pérdida de conciencia	Inestabilidad postural	Sensación cabeza vacía
Significancia clínica	Alteración sistema vestibular	Reducción del flujo cerebral, usualmente de origen cardiovascular	Alteración neurológica Debilidad músculo- esquelética o alteración visual	Suele ser usado con el mismo significado de pre síncope

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril , 2016
		Vigencia	Abril, 2018

El buen interrogatorio con la descripción del síntoma, su duración, inicio, frecuencia, severidad, factores agravantes y síntomas asociados, determina una de las 4 categorías del mareo con una sensibilidad hasta del 80%. También se deben considerar antecedentes como factores de riesgo cardiovascular, infección respiratoria alta reciente, antecedentes de trauma cefálico, antecedentes de migraña o enfermedad de Meniere, medicamentos (polifarmacia que amerita ajustes), ansiedad o depresión, y deterioro de movilidad funcional. Un diagnóstico final no se obtiene en aproximadamente 20 por ciento de los casos.

Además del interrogatorio se puede reducir el diagnóstico diferencial de los mareos, con las pruebas del examen físico que son fácil de realizar en APS, entre ellas: La evaluación para el nistagmo, la maniobra de Dix-Hallpike y la prueba de la presión arterial ortostática.

Examen físico: Se deber realizar un examen físico detallado.

- Examen cabeza y cuello: evaluar asimetrías faciales, vesículas de herpes Zoster en región auricular, realizar otoscopia que puede mostrar signos de inflamación en casos de vestibulopatía aguda, signos de otitis supurativa crónica o un colesteatoma erosivo.
- Examen cardiovascular: evaluar presión arterial y cambios ortostáticos, específicamente en caso de pacientes con medicamentos tales como: Antihipertensivos, antipsicóticos, antidepresivos, opioides, inhibidores de la 5 Fosfodiesterasa; disfunción autonómica o problemas de deshidratación, soplos, etc.
- Examen Neurológico/Vestíbulo Cerebeloso: que incluye pares craneanos, estudio cerebeloso, Romberg, marcha y nistagmo (espontáneo y posicional).

El nistagmo es el hallazgo objetivo que acompaña a los síndromes vertiginosos. Es un movimiento alternante e involuntario de los ojos, que tiene un componente lento y un componente rápido en dirección contraria. Por convención se identifica el nistagmo por su componente rápido. El nistagmo puede ser horizontal, vertical, oblicuo, rotatorio o multidireccional según su origen

Nistagmo	Periférico	Central
Periodo de latencia	Si	No
Dirección	Horizontal, rotatorio	Multidireccional, vertical
Fijación visual	Disminuye	Aumenta
Fatigabilidad	Si	No

Test clínicos:

- Romberg test: Evalúa la integridad de la propiocepción periférica, la función cerebelar y vestibular. Se realiza pidiéndole al paciente que se ponga de pie, con ambos pies juntos y que cierre los ojos. Si tiende a caer, se considera que tiene un *signo de Romberg* positivo y por ende alteración en la propiocepcion periférica.
- Maniobra de Dix-Hallpike: Esta prueba puede ser realizada si la historia es sugerente de VPPB o si el nistagmo es inducible. Tiene un valor predictivo positivo de 83% y un valor predictivo negativo de un 52%. Se realiza sentando al paciente en una camilla, con la cabeza

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril , 2016
		Vigencia	Abril, 2018

girada 30° hacia el lado que se va a examinar. A continuación se le tumba hacia atrás bruscamente, con la cabeza fuera de la mesa y en hiperextensión de 25-30°. Este cambio brusco de posición puede provocar un nistagmo rotatorio que es muy sugerente de un VPPN.



Test de provocación de Hiperventilación: Se le pide al paciente que inicie 20 respiraciones profundas por minuto durante 3 minutos. Este test se asocia a resultados positivos y falsos negativos, de manera que su reproducibilidad es poco constante; debe realizarse con precaución en las personas con cardiopatía isquémica conocida, asma, epilepsia. La prueba se centra en que el paciente identifique la hiperventilación como causa de los síntomas. El médico de APS o un terapeuta conductual pueden enseñar al paciente la respiración diafragmática controlada y técnicas de relajación. Los trastornos de ansiedad y depresión asociados pueden exigir tratamiento de la conducta o tratamiento médico.

Exámenes complementarios:

Las pruebas de laboratorio y radiológicas juegan un papel muy pequeño en el diagnóstico. Desde la atención primaria se pueden indicar estudios en busca de factores de riesgo como hiperglicemia e hiperlipidemia y estudios imagenológicos como radiografías de columna cervical para descartar las alteraciones compresivas a ese nivel. Otras pruebas como TAC y/o RMN Cerebral, Holter del ritmo cardiaco deben ser solicitados por los pacientes que tienen hallazgos anormales en el examen físico, como otra focalización neurológica (vértigo central) o cardiovascular que pueden indicar una causa más grave de mareo y ameriten ser referidos al especialista para evaluación

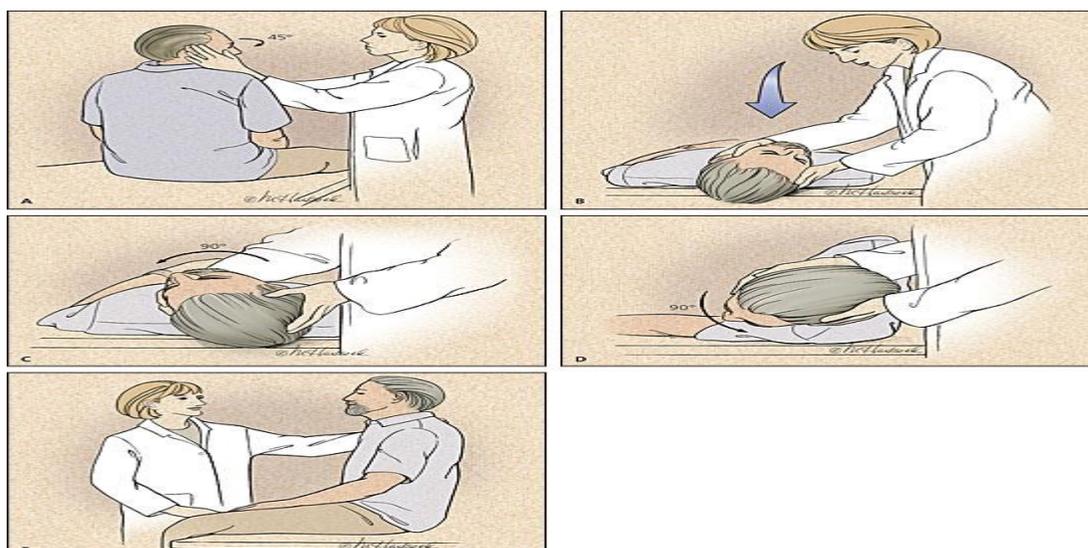
Tratamiento en APS: La terapéutica debe orientarse hacia dos vertientes: el tratamiento específico propio de la entidad clínica que produce el cuadro y el tratamiento para mejorar los síntomas que presenta el paciente.

Tratamiento Farmacológico Los medicamentos antieméticos se pueden prescribir para las náuseas y el vómito: antihistamínicos como la meclozina o el dimenhidrinato; el vértigo puede

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril , 2016
		Vigencia	Abril, 2018

responder al uso de sedantes/hipnóticos como las benzodiazepinas (diazepan) y antagonistas dopaminérgicos como la domperidona y la metoclopramida.

En el caso de VPPB, está indicado aplicar la maniobra de Epley: (ver siguiente figura)



Existe un programa individualizado de ejercicios de rehabilitación vestibular que se aplica generalmente en lesiones vestibulares periféricas, con la finalidad de corregir el defecto en la compensación vestibular, aumentando y/o mejorando la actividad de los otros dos sistemas que intervienen en el sistema del equilibrio, para estimular el sistema vestibular y potencializar la neuroplasticidad del SNC. Promueve la recuperación del equilibrio corporal por los mecanismos naturales de compensación mediante ejercicios físicos repetitivos y activos de ojos, cabeza, cuerpo, realizados por terapeuta (kinesioterapia) o por el propio paciente.

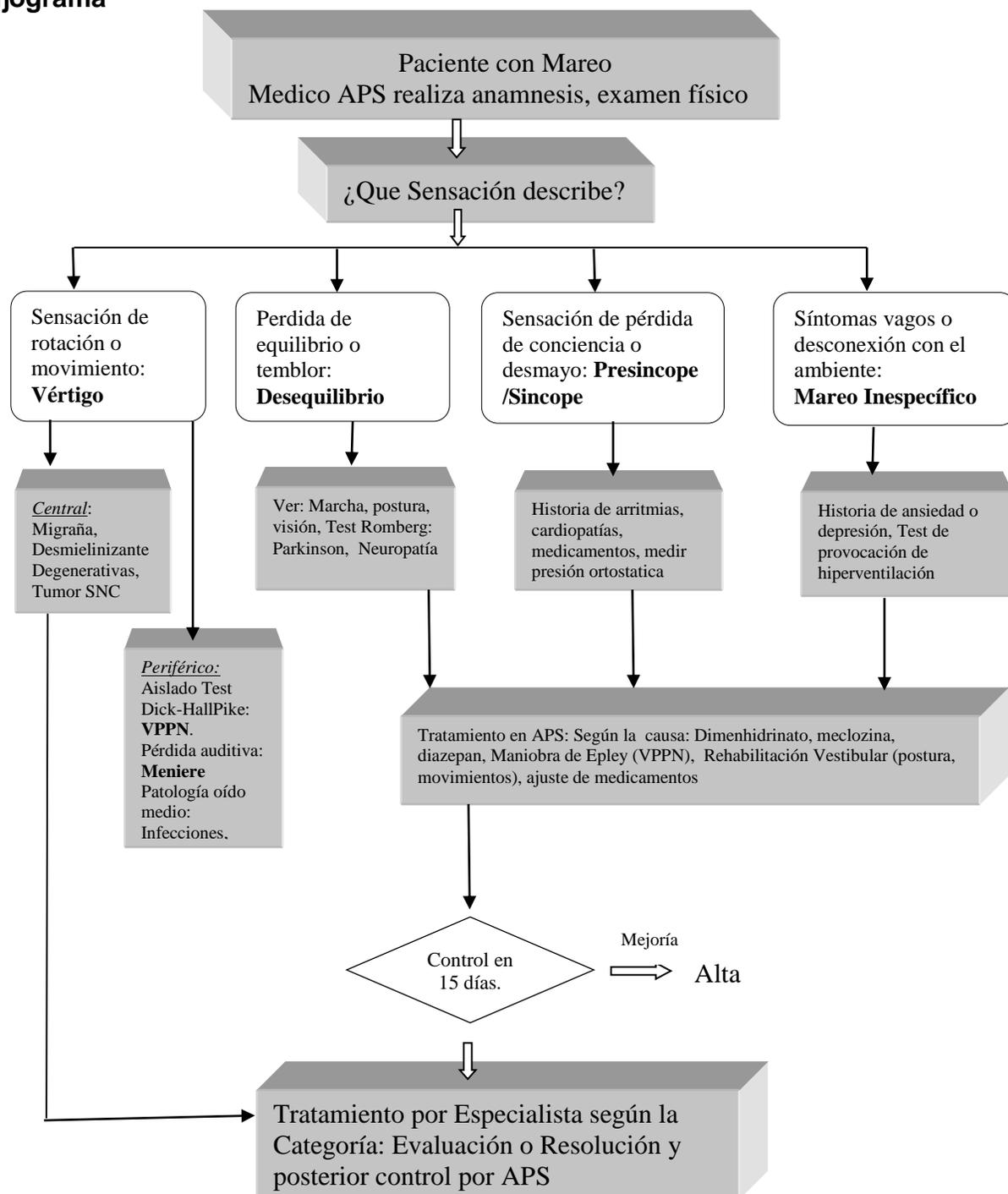
Para las causas de mareos debido a efecto de medicamentos, se requiere el ajuste de los mismos, antes de referir a la especialidad.

Criterios de remisión a Especialista (Neurólogo, Otorrinolaringólogo, Cardiólogo, Psiquiatría):

Falta de respuesta a la terapéutica inicial en APS, ya sea Farmacológico (antieméticos, ansiolíticos), ajuste de medicamentos hipotensores, Rehabilitación vestibular.

Además, todo vértigo inicial de origen central se remite a la atención secundaria, pero existen otros signos de alarma en los vértigos periféricos que debemos tener en cuenta como son: Otros síntomas y signos neurológicos, afectación del nivel de conciencia. Desequilibrio intenso y duda si el origen es central o periférico, intolerancia a la medicación oral.

Flujograma



		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril , 2016
		Vigencia	Abril, 2018

Metodología de Evaluación

Fuente de datos: Ficha clínica y Solicitud de Interconsulta (SIC) de cada establecimiento. SOME

Formula del Indicador: N° de SIC de pacientes con Mareo que cumplen con derivación a segundo nivel de acuerdo a protocolo en periodo determinado / N° total de SIC enviadas en el mismo periodo x 100

De acuerdo al número de SIC se puede estudiar la totalidad o a través de un muestreo aleatorio.

Rango de desempeño: Mínimo: 80%, Máximo: 100%, Análisis: Excelente: 90-100%, Aceptable: 80-89% y deficiente: Menos de 79%. Frecuencia: Semestral.

Plan de Difusión:

.-Envió por correo electrónico en Formato digital a los responsables de la Ejecución del protocolo.

.-Presentación y entrega a los responsable en el CIRA.

Bibliografía

.- Atkins D, et al; GRADE Working Group. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. BMC Health Serv Res. 2004; 4 (1): 38.

.- Ballve Moreno JL, et al. Effectiveness of the Epley's maneuver performed in primary care to treat posterior canal benign paroxysmal positional vertigo: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2014 May 21;15:179.

.-Chawla N, Olshaker JS. Diagnosis and management of dizziness and vertigo. Med Clin North Am. 2006 Mar;90(2):291-304. Review.

.-Dickerson LM. Dizziness: a diagnostic approach. Am Fam Physician. 2010; 82(4):361- 369.

.- Drachman DA, Hart CW. An approach to the dizzy patient. Neurology. 1972. Apr;22(4):323-34.

.-Ekvall Hansson E, et al. A. Benign paroxysmal positional vertigo among elderly patients in primary health care. Gerontology. 2005 Nov-Dec;51(6):386-9.

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril , 2016
		Vigencia	Abril, 2018

.- Garrigues HP y col. Epidemiological aspects of vertigo in the general population of the Autonomic Region of Valencia, Spain. Acta Otolaryngol. 2008 Jan;128(1):43-7.

.-Grill E, Strupp M, Müller M, Jahn K. Health services utilization of patients with vertigo in primary care: a retrospective cohort study. J Neurol. 2014 Aug;261(8):1492-8.

.-Hogue JD. Office evaluation of dizziness. Prim Care. 2015 Jun;42(2):249-58. doi: 10.1016/j.pop.2015.01.004. Epub 2015 Feb 28. Review.

.-Maarsingh OR, Dros J, et al. Diagnostic indicators of anxiety and depression in older dizzy patients in primary care. J Geriatr Psychiatry Neurol. 2011 Jun;24(2):98-107.

.-Mitka M. Practice parameter: simple maneuver is best therapy for common form of vertigo. JAMA. 2008 Jul 9;300(2):157-8.

.-Molnar A, McGee S. Diagnosing and treating dizziness. Med Clin North Am. 2014 May;98(3):583-96. doi: 10.1016/j.mcna.2014.01.014. Review.

.-Pérez P, et al. Evaluation of benign paroxysmal positional vertigo in primary health-care and first level specialist care. Acta Otorrinolaringol Esp. 2008. Jun-Jul;59(6):277-82. Spanish.

.-Stam H, van der Wouden JC, et al. Impairment reduction in older dizzy people in primary care: study protocol for a cluster randomised controlled trial. Trials. 2015 Jul 25;16:313. PMC4514942.

.-Sczепanek J, et al. Newly diagnosed incident dizziness of older patients: a follow-up study in primary care. BMC Fam Pract. 2011 Jun 24;12:58.