

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA TECNOLOGÍAS EN SALUD

Abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos por parte de las y los médicos generales de la Oficina de Bienestar y Salud y residentes del Posgrado en Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica, en contraste con el Protocolo Triage-TiTrATE, en el año 2020.

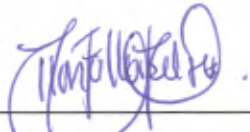
Tesis para optar al grado de licenciatura en Audiología

Verónica Arias Fonseca

Noviembre 2020

Hoja de aprobación

Este Trabajo Final de Graduación fue aceptado por la Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado de licenciatura en Audiología, el día 25 de noviembre de 2020.



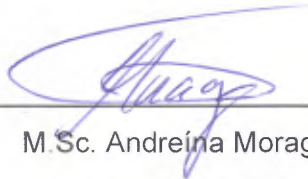
M.Sc. Diana Fallas Rodríguez

Presidenta



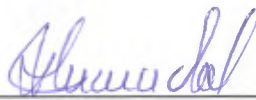
Dra. Mónica Dávila Rojas

Directora



M.Sc. Andreína Moraga López

Miembro del tribunal



M.Sc. Xinia Alvarado Zeledón

Miembro del tribunal



Dra. Gisella Rodríguez Monge

Miembro del tribunal

Derechos de propiedad intelectual

Los derechos de propiedad intelectual derivados de la elaboración de la presente investigación pertenecen a Verónica Arias Fonseca, cédula 4 0226 0116. Se prohíbe su reproducción parcial o total sin autorización previa de la autora. Para utilizar este documento se debe hacer referencia bibliográfica.

Dedicatoria

Este trabajo va dedicado a mis padres Aurora Fonseca Chavarría y Juan de Dios Arias Sandoval, quienes me han apoyado durante todos estos años de estudio y que con su esfuerzo, dedicación y trabajo duro me han brindado toda la ayuda necesaria para poder alcanzar este logro tan importante en mi vida.

Agradecimientos

A Dios, por todas las bendiciones que me ha brindado a lo largo de mi vida, especialmente, en esta etapa universitaria y la conclusión de este trabajo.

A mis padres, por su ayuda, sacrificios, comprensión y apoyo incondicional, les estaré eternamente agradecida por siempre dar lo mejor para mí.

A mis hermanas, Ericka y Karen, por estar en mi vida y brindarme su apoyo.

A mis sobrinos, Ariana y Juan Diego, por siempre darme un amor incondicional y una sonrisa cada vez que la necesito.

Al Comité Asesor, por el apoyo brindado desde el inicio de esta investigación.

Índice general

Hoja de aprobación	ii
Derechos de propiedad intelectual	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Índice de Figuras.....	ix
Índice de Cuadros	x
Índice de Gráficos	xii
Índice de Abreviaturas.....	xiii
Resumen.....	xiv
CAPITULO 1	1
INTRODUCCIÓN	1
1.1 Introducción	1
1.2 Planteamiento del problema de investigación	3
1.3 Objetivos.....	8
1.3.1 Objetivo general.....	8
1.3.2 Objetivos específicos	8
1.4 Justificación	9
CAPÍTULO II	12
MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 Anatomía y fisiología del oído	12
2.1.1 Oído externo	12
2.1.2 Oído medio	13
2.1.3 Oído interno	14
2.1.4 Sistema vestibular.....	14
2.2 Síndromes Vestibulares	15
2.2.1 Clasificación de los síndromes vestibulares	18

2.2.2	Trastornos vestibulares y patologías asociadas	20
2.3	Protocolo Triage-TiTrATE	23
2.3.1	Algoritmo del Protocolo Triage-TiTrATE	24
CAPÍTULO III		27
MARCO METODOLÓGICO		27
3.1	Tipo de estudio	27
3.2	Población de estudio.....	28
3.2.1	Características	28
3.2.2	Unidad de análisis.....	28
3.2.3	Criterios de inclusión.....	28
3.2.4	Criterios de exclusión.....	28
3.3	Alcances y limitaciones	28
3.4	Definición y operacionalización de las variables.....	30
3.5	Definición procedimientos de recolección de información	32
3.6	Definición de procedimientos y técnica de análisis.....	33
3.7	Consideraciones éticas	33
CAPÍTULO IV.....		35
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....		35
4.1	RESULTADOS.....	35
4.1.1	Abordaje de las y los médicos a través de casos clínicos	37
4.1.1.1	Caso Clínico 1.....	37
4.1.1.2	Caso Clínico 2.....	49
4.1.2	Aspectos generales.....	59
4.2	DISCUSIÓN	69
4.2.1	Discusión abordaje de casos clínicos.....	69
4.2.2	Discusión aspectos generales.....	80
CAPÍTULO V.....		88
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		88
5.1	Conclusiones.....	88
5.2	Recomendaciones.....	93

Referencias bibliográficas	96
Anexos	100
Anexo 1. Cuestionario Abordaje Clínico Síndromes Vestibulares Agudos	100

Índice de Figuras

Figura 1. Protocolo Triage TITrATE.....	26
--	----

Índice de Cuadros

Cuadro 1. Descripción general de la población de estudio según edad, año de residencia y años laborando.....	36
Cuadro 2. Datos adicionales requeridos por las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología para el abordaje clínico del caso clínico 1.	38
Cuadro 3. Abordaje médico inicial del caso clínico 1.	40
Cuadro 4. Exámenes físicos del caso clínico 1.....	43
Cuadro 5. Aplicación de los exámenes físicos del caso clínico 1.....	45
Cuadro 6. Pruebas posicionales.....	46
Cuadro 7. Diagnósticos médicos presuntivos y tratamientos médicos del caso clínico 1.	47
Cuadro 8. Abordaje médico inicial del caso clínico 2.	50
Cuadro 9. Exámenes físicos del caso clínico 2.....	52
Cuadro 10. Métodos para la confirmación de la sospecha diagnóstica.....	54
Cuadro 12. Diagnósticos médicos presuntivos caso clínico 2.	57
Cuadro 13. <i>Pasos que seguir para la atención médica de los síndromes vestibulares agudos en el servicio de urgencias.</i>	60
Cuadro 14. Criterio más relevante para la orientación del diagnóstico.....	61
Cuadro 15. Aspectos generales para el abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos.	62
Cuadro 16. Tipos de consulta bibliográfica científica de las y los médicos generales. 65	

Cuadro 17. Tipos de consulta bibliográfica científica utilizada por las y los médicos residentes de Otorrinolaringología.....	65
--	----

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Distribución según sexo de la población de estudio	35
Gráfico 2. Estudio de imágenes médicas caso clínico 2.	55
Gráfico 3. Tipos de imágenes médicas solicitados por las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología.....	56
Gráfico 4. Examen físico en la sala de urgencias	63
Gráfico 5. Consultas bibliográficas científicas relacionadas a los síndromes vestibulares agudos.	64
Gráfico 6. Protocolo Triage-TiTrATE	66
Gráfico 7. Aplicabilidad del protocolo HINTS según las y los médicos residentes de Otorrinolaringología.....	67
Gráfico 8. Puntaje obtenido por las y los médicos generales y especialistas del Cuestionario Abordaje Clínico Síndromes Vestibulares Agudos.....	68

Índice de Abreviaturas

ACV: Accidente cerebrovascular

APP: Antecedentes Patológicos Personales

CCBS: Comité de Clasificación de la Sociedad Bàràny

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

CO: Monóxido de carbono

E/E: En estudio

ECG: Electrocardiograma

EOM: Movimiento extraocular

Hx: Historia

ICVD: Clasificación Internacional De Desórdenes Vestibulares

IRM: Imagen por Resonancia Magnética

MI: Infarto de Miocardio

OBS: Oficina de Bienestar y Salud

PE: Embolia Pulmonar

PRN: pro re nata (según sea necesario)

SV: Signos vitales

TAC: Tomografía Axial Computarizada

TIA: Ataque Isquémico Transitorio

Tx: Tratamiento

VPPB: Vértigo Paroxístico Posicional Benigno

Resumen

Arias, V. (2020). Abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos por parte de las y los médicos generales de la Oficina de Bienestar y Salud y residentes del Posgrado en Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica, en contraste con el Protocolo Triage-TiTrATE, en el año 2020. *Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Audiología*. San José, Costa Rica. Universidad de Costa Rica.

Directora: Mónica Dávila Rojas

Palabras clave: síndromes vestibulares, abordaje médico, protocolo Triage-TiTrATE, diagnóstico médico, consulta bibliográfica científica

Los síndromes vestibulares son un motivo de consulta frecuente en los centros de salud, representando el 3% de las consultas médicas. Además, alrededor del 15% de las personas que presentan algún síndrome vestibular poseen alguna causa peligrosa. Sin embargo, debido al amplio diagnóstico diferencial se dificulta el diagnóstico médico.

El protocolo Triage-TiTrATE, es un nuevo método de diagnóstico para los síndromes vestibulares, basado en el estudio del síntoma vestibular a partir de su duración y desencadenante. Asimismo, este paradigma se creó con el fin de facilitar y mejorar la atención en la consulta clínica, dirigiéndola a un correcto diagnóstico médico.

El objetivo de la investigación es determinar el abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos por parte de las y los médicos generales de la Oficina de Bienestar y Salud de la Universidad de Costa Rica y residentes del Posgrado de Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica, en contraste con el protocolo Triage-TiTrATE. Se evaluaron en total 21 médicos, 8 médicos generales de la OBS y 13 residentes del Posgrado de Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica. Se aplicó un cuestionario basado en casos clínicos típicos de pacientes que consultan por síndromes vestibulares, así como una sección de aspectos generales.

Los resultados mostraron que hay una sobre relevancia en las características del síntoma vestibular y poco uso de la temporalización y causante del vértigo para dirigir el diagnóstico médico, así como un uso excesivo en la prescripción de fármacos y uso incorrecto de imágenes médicas. Asimismo, las y los médicos no implementan en su abordaje clínico una historia clínica y examen físico dirigido según las necesidades de cada usuario. Además, existe desconocimiento de nueva evidencia científica sobre los síndromes vestibulares, así como, consultas bibliográficas científicas escasas y desactualizadas.

En conclusión, el estudio reveló que existe divergencia entre el abordaje médico de los síndromes vestibulares agudos por parte de las y los médicos, tanto generales como residentes de Otorrinolaringología y el protocolo Triage-TiTrATE. Asimismo, mostró la necesidad de que las y los médicos mantengan una formación continua con respecto al abordaje médico de los síndromes vestibulares, así como de la incorporación de protocolos clínicos actualizados y basados en la evidencia en la práctica médica.

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

Los síndromes vestibulares agudos son un motivo de consulta frecuente en los servicios de atención primaria en salud. Edlow y Newman-Toker (2016), mencionan que aproximadamente el 3% de la población mundial acude a los servicios de emergencia a causa de síntomas vestibulares, por esta razón, es fundamental que exista un abordaje clínico apropiado.

La definición de vértigo o mareo comúnmente es amplia e imprecisa, motivo por el cual, realizar un diagnóstico clínico en las personas que consultan por esos síntomas es un desafío para las y los médicos, debido a la dificultad de obtener datos certeros de las y los usuarios en la consulta médica. Sumado a esto, las y los médicos suelen enfocarse en aspectos clínicos que no son relevantes en primera instancia para guiarse a un diagnóstico correcto. Asimismo, las causas por las que se presentan los síndromes vestibulares pueden ser benignas o representar un gran riesgo para quien lo padece, implicando un extenso diagnóstico diferencial, lo cual dificulta aún más el abordaje médico (Musso, Flores, y Cabezas, 2019).

Es de suma importancia abordar a la persona que padece de algún síndrome vestibular agudo oportunamente, debido al impacto que puede ocasionar en la calidad de vida del o la usuaria, el cual va desde una afectación por la aparición de síntomas como fobias, ansiedad, pánico, entre otros, los cuales suelen ser incapacitantes, hasta problemas más graves debido a la presentación de secuelas mayores o la muerte (Grill, Penger, y Kentala, 2015).

Por esta razón, el presente estudio realizó una evaluación del abordaje clínico de las y los médicos generales de la Oficina de Bienestar y Salud de la Universidad de Costa Rica (OBS) y residentes del Posgrado en Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica con respecto a los síndromes vestibulares agudos. El objetivo era identificar cuáles

son los aspectos clínicos más relevantes, para las y los médicos generales y especialistas en Otorrinolaringología, involucrados actualmente en la consulta clínica de las personas con este padecimiento. Además, ambas partes están estrechamente relacionadas con el manejo de los síndromes vestibulares agudos, por lo cual era de suma importancia conocer su abordaje médico.

Asimismo, se realizó una comparación entre el abordaje clínico realizado por ambas poblaciones de estudio con un reciente protocolo médico, el cual está fundamentado en evidencia científica, el protocolo Triage-TiTrATE, un algoritmo basado en el estudio del síntoma vestibular a partir de su duración y desencadenantes. Esto con el fin de realizar una anamnesis y examen físico específico de acuerdo con la sintomatología remitida por la o el usuario (Newman-Toker y Edlow, 2015).

La incorporación de este protocolo en el estudio tuvo como objetivo conocer las similitudes o diferencias que existen en el abordaje clínico de las y los médicos generales de la Oficina de Bienestar y Salud y, los residentes del Posgrado en Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica con el protocolo Triage-TiTrATE.

Además, se determinó si las y los médicos, tanto generales como especialistas, tienen conocimiento del protocolo Triage-TiTrATE, lo utilizan o no, otras fuentes de consulta bibliográfica científica, guías, o algún protocolo distinto para el manejo de los síndromes vestibulares agudos, ya que es importante evidenciar si las y los profesionales están en constante actualización, o si es necesario la implementación de nuevas estrategias de diagnóstico en el sistema de salud costarricense para el manejo de los síndromes vestibulares agudos, aparte de que no existe actualmente ningún protocolo estandarizado en los servicios de salud de Costa Rica.

1.2 Planteamiento del problema de investigación

Los síndromes vestibulares son definidos como una sensación de giro, comúnmente denominada vértigo. Las personas que lo padecen, aparte de presentar dicha sensación, muestran otros síntomas como inestabilidad o dificultad para caminar, al igual que náuseas, vómitos y síntomas auditivos como tinnitus o hipoacusia (Bahamondes, 2012).

En la actualidad, son muchas las personas que consultan por algún tipo de síntoma vestibular en los servicios de salud. Según Newman-Toker y Edlow (2015), del 3,3% al 4,4% de la población mundial asiste a los centros de emergencia a causa de mareos o vértigo, correspondiendo aproximadamente de 50 a 100 millones de personas con este padecimiento.

Los síndromes vestibulares están compuestos por numerosas afecciones que tienen gran prevalencia en la población, además provocan muchos inconvenientes en la vida de quien lo percibe. La prevalencia de vida de síntomas vestibulares como “el vértigo es de un 3 a 7% y de mareo y desequilibrio de un 17 a un 30%” (Breinbauer, 2016, p. 864). Por otra parte, alrededor del 15% de las personas que presentan algún síndrome vestibular agudo y que consultan los servicios de emergencia, poseen alguna causa peligrosa (Newman-Toker y Edlow, 2015).

Se han identificado al menos dos tipos de vértigo, el agudo y el crónico, siendo el primero de ellos el más frecuente. Jalil, Castro, Martínez, Pérez, y Sánchez (2014), mencionan que los síndromes vestibulares agudos son un motivo de consulta frecuente en la población, abarcando aproximadamente el 30% de las consultas médicas. En Estados Unidos, la consulta médica por algún síndrome vestibular representa la tercera causa de asistencia clínica (Zhao, Piccirillo, Spitznagel, Kallogjeri, y Goebel, 2011).

Edlow y Newman-Toker (2016), mencionan que debido al amplio diagnóstico diferencial que existe al evaluar síndromes vestibulares, llegar a un diagnóstico certero es difícil. La mayoría de las causas por las cuales se presentan son benignas y suelen ser evidentes según el contexto clínico en el que se encuentre la persona, sin embargo, algunas causas pueden ser peligrosas.

La presentación de algún síndrome vestibular producto de una causa peligrosa muchas veces suele ser evidente, debido a que su aparición está acompañada de otros síntomas. Sin embargo, estas condiciones pueden desarrollarse o presentarse en casos aislados en donde el único síntoma referido va a ser el cuadro vestibular, en los cuales la mayoría de las veces se dan diagnósticos erróneos ya que suelen ser confundidos con alguna causa benigna (Newman-Toker y Edlow, 2015).

Breinbauer (2016), también hace referencia a la importancia de distinguir entre las causas que generan los cuadros vestibulares agudos. Debido a que, como se mencionó anteriormente, aunque gran parte de los casos suelen presentarse por causas benignas, un porcentaje importante de los casos presentan un daño de origen central, representando un peligro para quien tiene este diagnóstico, con complicaciones como secuelas o hasta la muerte.

El diagnóstico erróneo de una patología de origen central, por ejemplo, un accidente cerebrovascular, catalogado como una patología de origen periférico, puede conducir a que exista un aumento en las cifras de morbilidad y mortalidad, ya que las personas que presentan un síndrome vestibular agudo potencialmente mortal no obtendrán un tratamiento médico adecuado (Venhovens, Meulstee, y Verhagen, 2016).

Grill et al. (2015), indican que los síndromes vestibulares agudos tienen una alta prevalencia y morbilidad y que, al ser síntomas incapacitantes, generan un alto impacto en la vida de las personas. También mencionan que la aparición de otros factores como “ansiedad, depresión, trastornos de pánico y diversas fobias pueden aumentar la discapacidad y las consultas médicas en los centros de salud” (p.36).

Según un estudio epidemiológico alemán, el vértigo fue recurrente en la gran mayoría de las y los participantes y causó un deterioro grave en el 80% de los individuos afectados, provocando interrupción de actividades diarias, licencias por enfermedad, entre otros (Neuhauser y Lempert, 2009).

Jalil et al. (2014), señalan que en la práctica clínica existen muchos inconvenientes a la hora de realizar un correcto diagnóstico y, por consiguiente, un tratamiento adecuado.

Las causas más comunes son la dificultad de las personas para describir los síntomas, escaso conocimiento de las y los médicos, utilización de tratamientos inadecuados, entre otros.

Kerber y Newman-Toker (2015), mencionan cinco errores comunes que cometen las y los médicos en la consulta clínica para obtener un diagnóstico, los cuales son una dependencia excesiva al tipo de síntoma vestibular para dirigir el diagnóstico, poco o ningún uso de la duración o los desencadenantes para categorizar el diagnóstico, poco uso, ningún uso o desconocimiento de exámenes oculares específicos, sobrevalorar la edad, los factores de riesgos vasculares y los exámenes neurológicos para detectar accidentes cerebrovasculares, así como el uso excesivo y dependencia de las imágenes médicas para confirmar o descartar causas neurológicas.

Newman-Toker y Edlow (2015), sugieren una nueva metodología para el diagnóstico de los síndromes vestibulares agudos, con el fin de facilitar y mejorar la atención en la consulta médica, dirigiendo la misma según las necesidades reales que tenga cada usuario o usuaria del servicio de salud.

Newman-Toker y Edlow (2015), mencionan que un objetivo clínico importante es distinguir entre las causas serias y las benignas, utilizando los menores recursos posibles en los centros de salud. Esto debido a que hoy en día se ha dado un consumo desproporcionado de recursos para el diagnóstico de los síndromes vestibulares agudos. Por tal motivo, proponen el nuevo paradigma de diagnóstico creado a partir de nuevos avances basados en la evidencia, el protocolo Triage-TiTrATE.

El método del Triage-TiTrATE, propone un nuevo algoritmo de diagnóstico para los síndromes vestibulares agudos, el cual se basa en el estudio del síntoma vestibular a partir de su duración y desencadenantes; esto con el fin de realizar un interrogatorio clínico y examen físico específico de acuerdo a la sintomatología remitida por el o la usuaria (Newman-Toker y Edlow, 2015).

Los estudios a nivel mundial sobre la epidemiología de los síndromes vestibulares agudos son escasos, sin embargo, los limitados datos sugieren la creación de mejoras

en la consulta médica con el fin de obtener correctos diagnósticos y tratamientos. Por tal motivo, la evaluación del abordaje clínico de las y los médicos generales de la Oficina de Bienestar y Salud (OBS) y residentes del programa de Posgrado en Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica, con respecto a los síndromes vestibulares agudos, evidencia los aspectos clínicos más importantes en sus respectivas consultas actualmente, así como, la necesidad, o no, de la implementación de mejoras para el diagnóstico y tratamiento médico.

La OBS fue creada en el año de 1953 por la aprobación del Consejo Universitario, como un departamento de Bienestar Estudiantil, el cual estaba integrado por la Sección de Salud y otros servicios, los cuales brindaban atención médica a las y los estudiantes, docentes y administrativos de la institución. La OBS se ha mantenido en reestructuración a lo largo de los años con el fin de brindar una atención clínica integral y acorde a las necesidades de la comunidad universitaria. De este modo, los servicios ofrecidos por esta institución son exclusivos de la población universitaria funcionando como servicios de médico de empresa (Universidad de Costa Rica, 2019).

En cuanto al programa de Posgrado en Otorrinolaringología, la especialidad comprende amplios conocimientos en el manejo de patologías asociadas a la otorrinolaringología, entre los cuales, muchos padecimientos se encuentran relacionados con el vértigo, con la finalidad de diagnosticar y tratar pertinentemente tales enfermedades, ya sean desde un abordaje médico, quirúrgico o para rehabilitación (Zúñiga, 2008).

La estructura del sistema de salud que existe en Costa Rica está organizada desde los servicios más básicos hasta los más complejos. Por tal motivo, la atención médica comienza en los centros de atención primaria en salud, siguiendo hasta los centros secundarios y especializados, cuando es necesaria una intervención médica más compleja, si así lo requiere el o la usuaria (OCDE, 2017).

Debido a esto, el manejo de los síndromes vestibulares agudos se atiende en primera instancia, en los centros de primer nivel de atención, por consiguiente, en estos centros de servicios en salud es donde se debe velar por cumplir con todos los requerimientos necesarios para lograr un óptimo diagnóstico y tratamiento de los síntomas vestibulares.

Por tal motivo, se evaluó el abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos por parte de las y los médicos generales de la OBS de la Universidad de Costa Rica, ya que este centro ofrece los servicios básicos de atención médica catalogándose como un centro de primer nivel.

Asimismo, es indispensable tomar en cuenta el abordaje clínico de las y los médicos especialistas, específicamente los otorrinolaringólogos, debido a que ellos son un punto crítico en el proceso de atención de las personas que sufren de vértigo, ya que los casos clínicos más complejos y que necesitan mayor cuidado son referidos a éstos, por tal motivo es necesario que estén totalmente preparados para enfrentarlos.

Por otra parte, no hay referencias sobre cuál es el manejo de los síndromes vestibulares agudos en los servicios de medicina general y especializada de los centros de salud del país, ya que no existen protocolos médicos definidos para el abordaje de la sintomatología, tanto en el área pública como privada. Además, no se han desarrollado estudios que muestren cuál es la prevalencia de los síndromes vestibulares agudos en Costa Rica. Por tal motivo, era necesario recabar información sobre los procedimientos que se están llevando a cabo por parte de las y los médicos, tanto generales como especialistas, en los centros de servicio de atención en salud para su diagnóstico y tratamiento.

Por lo tanto, debido a este problema que se evidencia, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos por parte de las y los médicos generales de la Oficina de Bienestar y Salud de la Universidad de Costa Rica y residentes del Posgrado en Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar el abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos por parte de las y los médicos generales de la Oficina de Bienestar y Salud de la Universidad de Costa Rica y residentes del Posgrado de Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica, 2020.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Identificar los aspectos clínicos relevantes para las y los médicos generales de la Oficina de Bienestar y Salud y residentes del Posgrado en Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica para el abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos.
2. Identificar los tipos de consulta bibliográfica científica de las y los médicos generales de la Oficina de Bienestar y Salud y residentes del Posgrado en Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica con respecto a los síndromes vestibulares agudos.
3. Contrastar el abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos de las y los médicos generales de la Oficina de Bienestar y Salud y residentes del Posgrado en Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica con los parámetros definidos en el protocolo Triage-TiTrATE para proponer recomendaciones.

1.4 Justificación

Los síndromes vestibulares agudos son un motivo de consulta médica frecuente en los servicios de salud. Estos padecimientos representan un gran desafío para las y los médicos debido a que surgen muchas dificultades al brindar un diagnóstico correcto y por consiguiente otorgar un tratamiento adecuado. Los síntomas son subjetivos, por lo que existe poca claridad por parte de las personas a la hora de describir los mismos (Musso, Flores, y Cabezas, 2019).

El objetivo de esta investigación era realizar una evaluación del abordaje clínico de las y los médicos generales de la Oficina de Bienestar y Salud y residentes del Posgrado de Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica en relación con los síndromes vestibulares agudos. Todo esto con el fin de visualizar cuáles son los aspectos clínicos más relevantes por parte de las y los médicos para el abordaje de los síndromes vestibulares agudos en la consulta médica en Costa Rica actualmente, contrastándolo con un nuevo método internacional basado en la evidencia científica para el manejo de los síndromes vestibulares, el protocolo Triage TiTrATE.

El estudio del abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos, por parte de estas y estos profesionales, se quiso realizar debido a que no existen estudios que indiquen cuál es el abordaje médico o protocolos implementados en los servicios de salud costarricense, ni estadísticas a nivel nacional sobre la prevalencia e incidencia de este padecimiento.

La utilización del protocolo Triage-TiTrATE para la evaluación del abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos por parte de las y los médicos generales y residentes en Otorrinolaringología en cuanto al abordaje, comprueba si existe la necesidad de incorporar algún nuevo enfoque diagnóstico en la consulta clínica.

Además, por la falta de protocolos que existen a nivel nacional para la atención clínica de estos síndromes, la implementación de un protocolo internacional reciente y avalado científicamente enfocado en obtener diagnósticos médicos correctos y adecuados

tratamientos como el protocolo Triage-TiTrATE, facilitaría la práctica médica y reduciría los riesgos de un incorrecto diagnóstico.

Los beneficios de haber realizado la investigación son el aporte de información reciente sobre el abordaje médico realizado por parte de las y los médicos generales y especialistas, posibles irregularidades en la valoración clínica, entre otros. Al mismo tiempo, se conoce cómo mejorar los procesos de diagnóstico y tratamiento médico de los síndromes vestibulares agudos, como, por ejemplo, la implementación de protocolos médicos actualizados a la consulta médica, o modificaciones en los programas de estudio que permitan obtener un mayor conocimiento.

Los nuevos conocimientos que se obtuvieron a partir de la investigación benefician a diversos sectores como, la Oficina de Bienestar y Salud de la Universidad de Costa Rica, debido a que tiene a su disposición los resultados del estudio, así como las recomendaciones correspondientes, por lo que se puede proponer una revisión del formato utilizado actualmente en la atención clínica con el fin de mejorar el servicio de salud. Por consiguiente, las personas que consultan los servicios del centro de salud por síndromes vestibulares agudos saldrían beneficiadas, dado que el proceso de diagnóstico y tratamiento médico estaría renovado con el propósito de brindar una óptima atención clínica. Asimismo, se benefició el Programa de Posgrado de Otorrinolaringología, ya que pueden visualizar si existe alguna necesidad de reforzar tanto el área teórica, como práctica para la atención de las y los usuarios con algún síndrome vestibular, ya que el mismo abarca actualmente pocos temas relacionados a la sintomatología.

Otro beneficiario lo constituye la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), debido a que en los centros médicos de esta institución se forman tanto las y los médicos generales como especialistas del país. Además, son los que atienden a la mayor cantidad de la población costarricense, por lo que, al tener un mejor conocimiento en cuanto al abordaje de los síndromes vestibulares agudos, la calidad de la atención podría mejorar significativamente.

Por otro lado, la Universidad de Costa Rica puede disponer de información actualizada sobre este tema, la cual podría ser de apoyo a estudiantes e investigadores para la obtención de nuevos conocimientos. Igualmente, la Escuela de Tecnologías de la Salud y la carrera de Audiología, dispone de las primeras investigaciones en el área, así como las bases para que futuros estudiantes sigan investigando y renovando la información obtenida.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Este apartado hace referencia a aquellos conceptos teóricos más relevantes que permitieron fundamentar el tema de estudio, como son: anatomía y fisiología del oído, así como sus partes, el sistema vestibular, el síndrome vestibular, entre otros.

2.1 Anatomía y fisiología del oído

El oído está constituido topográficamente en tres regiones, el oído externo, el oído medio y el oído interno. Tiene como función captar las ondas sonoras provenientes del ambiente, y conducirlas a través del oído externo y el oído medio hacia el oído interno, para que sean procesadas y enviadas mediante estímulos eléctricos, por medio de la vía auditiva, a la corteza auditiva (Rouvière y Delmas, 2005, p. 415). Para una mayor comprensión, se definirá en qué consisten cada una de estas tres regiones.

2.1.1 Oído externo

El oído externo está formado por el pabellón auricular y el conducto auditivo externo. El pabellón auricular u oreja está compuesto por una estructura cartilaginosa que se une a través de la raíz del hélix con ligamentos y músculos a la mastoide y está revestido por tejido cutáneo (Rivas y Ariza, 2007, p. 9).

Los músculos presentes en el pabellón auricular tienen poca relevancia funcional en los seres humanos. Están categorizados en dos grupos, los intrínsecos (mayor y menor del hélix, músculo del trago, músculo del antitrigo y músculo trasverso y oblicuo) y los extrínsecos (músculos auriculares superior, anterior y posterior) (Rivas y Ariza, 2007, p.10)

El conducto auditivo externo se integra desde el pabellón auricular, específicamente la concha, hasta la membrana timpánica. Está dividido en dos porciones, una porción externa fibrocartilaginosa y una porción ósea interna, las cuales están cubiertas de piel proveniente de la oreja (Rivas y Ariza, 2007, p.10). La forma del pabellón auricular

permite dirigir las ondas sonoras hacia el conducto auditivo externo, el cual actúa como un resonador debido a que concentra estas ondas en su interior (Rouvière y Delmas, 2005, p.424).

2.1.2 Oído medio

El oído medio se encarga de “transmitir y amplificar las ondas sonoras al oído interno. Esta subdividido en tres partes, la cavidad timpánica, las celdas mastoideas y la trompa de Eustaquio” (Salesa, Parelló, y Bonavida, 2013, p.4).

La cavidad timpánica es una estructura con forma de cubo ubicada entre el conducto auditivo externo y el oído interno. Está integrada por la membrana timpánica y la cadena osicular. La membrana timpánica está localizada en el canal anular al final del conducto auditivo externo, se constituye del annulus timpánico, la membrana timpánica propiamente y del mango del martillo (Salesa et al., 2013, p.4).

Por otro lado, la cadena osicular está formada por tres huesecillos, el martillo, el yunque y el estribo, los cuales están unidos por medio de tres articulaciones, la incudomaleolar, la incudoestapedial y la estapediovestibular. Además, incluye al músculo del martillo y al músculo del estribo (Salesa et al., 2013, p. 6).

Las celdas mastoideas son cavidades ubicadas en la porción mastoidea del hueso temporal. Se divide por el antro mastoideo, el cual es una celda de gran dimensión ubicada detrás de la cavidad timpánica y, por las celdas mastoideas propiamente, las cuales están ubicadas alrededor del antro (Rouvière y Delmas, 2005, p.439).

La trompa de Eustaquio es un conducto osteocartilaginoso que comunica la cavidad timpánica con la nasofaringe. Permite igualar la presión atmosférica interna con la externa a través de la deglución, con el fin de obtener un buen funcionamiento (Rouvière y Delmas, 2005, p.447).

2.1.3 Oído interno

El oído interno está localizado en el espesor del peñasco en el hueso temporal. Está formado por el laberinto óseo, en el cual se contienen, el laberinto membranoso y los líquidos del oído interno. El laberinto óseo está compuesto por “la cápsula ótica la cual está integrada por la cóclea, el vestíbulo, los canales semicirculares superior, posterior y externo, el conducto auditivo interno y los acueductos vestibulares y cocleares” (Rivas y Ariza, 2007, p. 17). El laberinto membranoso está constituido por “el vestíbulo (utrículo y sáculo), los conductos semicirculares superior, posterior y externo, y el conducto coclear” (Rouvière y Delmas, 2005, p.459).

Los líquidos del oído interno se dividen en la endolinfa y perilinfa, “la endolinfa ocupa todas las cavidades dentro del laberinto membranoso y la perilinfa es la encargada de llenar los espacios comprendidos entre el laberinto membranoso y el laberinto óseo” (Rivas y Ariza, 2007, p.21).

El nervio vestibulococlear está dividido en dos ramas, la coclear y la vestibular. La rama coclear dirige sus terminaciones nerviosas al órgano de Corti, el cual está ubicado dentro del conducto coclear. La rama vestibular se subdivide en tres porciones, superior, inferior y posterior, cada terminación está destinada a áreas específicas del vestíbulo y de los canales semicirculares. La porción superior se dirige al utrículo, canal semicircular externo y canal semicircular superior, la rama inferior al sáculo y, por último, la rama posterior al canal semicircular posterior (Rivas y Ariza, 2007, p.21-23).

2.1.4 Sistema vestibular

El sistema vestibular, se encarga de “la estabilización de la visión, coordinación de movimientos y balance de la cabeza, el cuerpo y las piernas. Además, responde a las fuerzas de gravedad, aceleración y desaceleración” (Rivas y Ariza, 2007, p.43). El sistema vestibular periférico está compuesto de los canales semicirculares posterior, superior y externo, el utrículo y el sáculo.

Los canales semicirculares tienen en su extremo una ampolla, donde se encuentran las células receptoras de cada conducto. Perciben los movimientos angulares debido a la configuración anatómica que presentan. Por otra parte, los receptores otolíticos, utrículo y sáculo, se activan mediante las aceleraciones lineales (Binetti, 2015, p. 16).

El sistema vestibular central inicia a partir de la proyección de fibras nerviosas desde el ganglio de Scarpa, ubicado en el hueso temporal, hacia el tronco cerebral, propiamente en los núcleos vestibulares superior, lateral, medial y descendente, generando otras vías nerviosas, ascendentes y descendentes, las cuales forman los reflejos vestíbulo-ocular, vestíbulo-cólico y vestíbulo-espal, que ayudan a ciertas funciones como en la bipedestación, visión y equilibrio (Binetti, 2015, p.17).

2.2 Síndromes Vestibulares

El Comité de Clasificación de la Sociedad Bárány (CCBS) es el ente encargado de desarrollar la Clasificación Internacional De Desórdenes Vestibulares (ICVD), el cual está creando un consenso internacional para la definición de los trastornos vestibulares. La ICVD plantea una organización de cuatro niveles, en las cuales el nivel I constituye los síntomas y signos, el nivel II los síndromes, el nivel III-A enfermedades y desórdenes y por último el nivel III-B formado por los mecanismos fisiopatológicos (Bisdorff, Staab, y Newman-Toker, 2015).

La CCBS definió primero los síntomas vestibulares claves con el fin de crear un consenso alrededor de estas definiciones, para luego desarrollar la terminología adecuada de los trastornos vestibulares (Bisdorff et al., 2015). Los síntomas vestibulares contemplados en la primera etapa se dividieron en primarios y secundarios.

Bisdorff et al. (2015), mencionan que, según la Clasificación Internacional de Desórdenes Vestibulares, los síntomas vestibulares primarios se entienden en el sentido de que:

El mareo es definido como una sensación de orientación espacial perturbada o alterada sin la percepción de un movimiento falso o distorsionado.

El vértigo es definido como la sensación de auto movimiento de la cabeza y el cuerpo cuando éste no se produce, o bien, puede ser la sensación de un auto movimiento distorsionado durante un movimiento normal de la cabeza.

Los síntomas vestíbulo-visuales son síntomas visuales que se generan comúnmente debido a alguna patología vestibular o producto de la interacción entre el sistema visual y el sistema vestibular. Estos síntomas producen falsas sensaciones de movimiento o inclinación del entorno y distorsión visuales, relacionadas a alteraciones vestibulares.

Los síntomas posturales son síntomas relacionados al equilibrio postural, que se generan solamente cuando se está en posición vertical, por ejemplo, al caminar o estar de pie.

Bisdorff et al. (2015), también indican la definición de los síntomas vestibulares secundarios según la Clasificación Internacional de Desórdenes Vestibulares:

Se refieren a vértigo (o mareo) espontáneo como aquel que ocurre sin ningún desencadenante.

El vértigo (o mareo) desencadenado es definido como el vértigo que ocurre debido a algún detonante. Además, se subdivide en:

- Vértigo posicional: desencadenado por un cambio de posición de la cabeza en el espacio en relación con la gravedad.
- Vértigo por movimiento de cabeza: ocurre solo por el movimiento de la cabeza.
- Vértigo inducido visualmente: es detonado por un complejo, distorsionado, espacio o estímulo visual en movimiento.
- Vértigo inducido por ruido: inducido por un estímulo auditivo.
- Vértigo inducido por Valsalva: desencadenado por cualquier maniobra corporal que tiende a aumentar la presión intracraneal o del oído medio.
- Vértigo ortostático: detonado por un cambio de postura repentino.

Los síntomas vestibulo-visuales se subdividen en:

- Vértigo externo: definido como la falsa sensación de que el entorno visual está girando o fluyendo.
- Oscilopsia: es la falsa sensación de que el entorno visual está oscilando.
- Retraso visual: es la falsa sensación de que la envolvente visual sigue detrás después de un movimiento de la cabeza.
- Inclinación visual: es la falsa percepción del entorno visual orientado a partir del verdadero vertical.
- Desenfoque inducido por el movimiento: reducción de la agudeza visual durante o momentáneamente después de un movimiento de la cabeza.

Los síntomas posturales se clasifican en:

- Pulsión direccional: es definido como la sensación de estar inestable con una tendencia a desviarse o caer en una dirección particular mientras está sentado, de pie o caminando.
- Caída cercana relacionada con el equilibrio: es la sensación de caída inminente (sin una caída completa) relacionada con fuerte inestabilidad, pulsión direccional u otro síntoma vestibular.
- Caída relacionada con el equilibrio: es una caída completa relacionada con una fuerte inestabilidad, pulsión direccional u otro síntoma vestibular.

Newman-Toker y Edlow (2015) también hacen referencia a otros síntomas relacionados que pueden estar comprendidos dentro de los síndromes vestibulares:

Presíncope es la sensación de pérdida de la conciencia, que puede o no estar seguida de un síncope. Cuando los usuarios reportan su síntoma como un aturdimiento éste debe clasificarse como presíncope, mareo o ambos.

Síncope definido como la pérdida de la conciencia transitoria, debido a una hipoperfusión cerebral transitoria caracterizada por un inicio rápido, duración breve y recuperación espontánea inmediata.

La inestabilidad es la sensación de estar inestable mientras se está sentado, de pie o caminando sin obtener una dirección particular. Anteriormente se conocía como desequilibrio o desbalance.

Los síndromes vestibulares además de tener manifestaciones clínicas de algún síntoma vestibular o relacionados, presentan también otros signos y síntomas como nistagmo, desórdenes auditivos, ataxia y síntomas neurovegetativos como sudoración, palidez, náuseas y vómitos (Alcalá, Lambert, y Suárez, 2014, p. 394).

2.2.1 Clasificación de los síndromes vestibulares

Según Bisdorff et al. (2015), se han propuesto tres diferentes síndromes vestibulares, los cuales comprenden todas las afecciones vestibulares. La clasificación corresponde a síndrome vestibular agudo, síndrome vestibular episódico y síndrome vestibular crónico. Los síntomas vestibulares descritos por las personas que consultan los servicios de medicina general están incluidos principalmente en los síndromes vestibulares agudos y en los síndromes vestibulares episódicos, y sus respectivas subdivisiones (Newman-Toker y Edlow, 2015).

2.2.1.1 Síndromes vestibulares agudos

Los síndromes vestibulares agudos corresponden a aquellos que presentan síntomas vestibulares constantes y agudos que se mantienen durante días o semanas. Este síndrome se puede dividir según su presentación ya sea por una exposición traumática o tóxica, o por aparición espontánea (Newman-Toker y Edlow, 2015, p. 588).

En los síndromes vestibulares agudos se pueden encontrar ciertas características físicas por parte del sistema oculomotor que ayudan a determinar el lugar donde se encuentra la lesión, mediante la realización de pruebas de nistagmo, test de impulso cefálico, entre otras (Goh, 2018).

El síndrome vestibular agudo traumático o tóxico por lo general se puede diagnosticar rápidamente debido a que las causas de su aparición son evidentes. Los motivos más

usuales son por lesiones en la cabeza, intoxicación con algún medicamento, u otras sustancias que afectan las estructuras anatómicas vestibulares relacionadas (Newman-Toker y Edlow, 2015).

El síndrome vestibular agudo espontáneo está caracterizado por la aparición de algún síntoma vestibular persistente y continuo, además de otros síntomas como náuseas, inestabilidad, entre otros, con duración de días o semanas. La sintomatología aumenta o empeora cuando se genera cualquier movimiento de la cabeza. Una de las causas benignas por las que se puede desarrollar este síndrome es debido a la neuritis vestibular. Por otra parte, los accidentes cerebrovasculares isquémicos están señalados como una causa probable peligrosa (Newman-Toker y Edlow, 2015, p. 589).

Algunas de las causas poco usuales por las cuales se puede presentar un síndrome vestibular agudo espontáneo son hemorragia cerebelosa, deficiencia de tiamina, así como ciertas enfermedades autoinmunes, infecciosas y metabólicas (Edlow, Gurley, y Newman-Toker, 2018, p. 473).

2.2.1.2 Síndromes vestibulares episódicos

Los síndromes vestibulares episódicos constan de mareos intermitentes con duraciones de segundos, minutos u horas, y que, lo más importante de evaluar es la duración del episodio, no la duración de la enfermedad. Además, mencionan que la mayoría de las personas con este tipo de síndrome, tienden a tener episodios múltiples, discretos y distanciados (Newman-Toker y Edlow, 2015).

El síndrome vestibular episódico desencadenado está enfocado en aquellos episodios vestibulares que se generan a partir de alguna acción o evento específico. Los detonantes más comunes son producto de movimientos de la cabeza o por algún cambio de posición del cuerpo, y los menos usuales se deben a sonidos fuertes, maniobra de Valsalva, entre otros. Los episodios pueden durar segundos o minutos, dependiendo de la causa por la cual se produjo.

Newman-Toker y Edlow (2015), señalan que el objetivo de la exploración física del individuo con sospecha de un síndrome vestibular episódico desencadenado es provocar nuevamente el síntoma en el usuario para observar su fisiopatología. Las causas más comunes por las cuales se desarrolla el síndrome son el vértigo paroxístico posicional benigno (VPPB) e hipotensión ortostática. Asimismo, las causas más peligrosas se deben a imitaciones neurológicas como el vértigo paroxístico posicional central o a casos graves de hipotensión ortostática.

Por otra parte, el síndrome vestibular episódico espontáneo va a tener una variación en la duración de los síntomas, ya que pueden durar solamente algunos segundos o hasta días. Los episodios vestibulares no pueden ser provocados como en el síndrome vestibular episódico desencadenado, por lo tanto, su diagnóstico debe basarse en la realización de una buena historia clínica (Newman-Toker y Edlow, 2015).

Las causas benignas más comunes por las cuales se pueden originar los síndromes vestibulares episódicos espontáneos son por trastornos como la migraña vestibular, síncope vasovagal, ataques de pánico y enfermedad de Ménière, y entre las peligrosas se encuentran afecciones cerebrovasculares, cardiorrespiratorias y endocrinas. La exposición temporal o intermitente al monóxido de carbono es una causa rara (Newman-Toker y Edlow, 2015, p. 586).

2.2.2 Trastornos vestibulares y patologías asociadas

A continuación, se describirán diversos trastornos vestibulares y patologías asociadas a los síndromes vestibulares agudos que se presentan comúnmente en los centros de servicio de medicina general.

2.2.2.1 Vértigo Paroxístico Posicional Benigno

El vértigo paroxístico posicional benigno (VPPB) es el trastorno vestibular más común en la población. Tiene una prevalencia de vida del 2.4 % y la incidencia aumenta según la edad. Su aparición se debe a la presencia de restos cristalinos móviles dentro de los canales semicirculares en el laberinto vestibular. Los síntomas y signos van a variar

según el canal afectado y la posición de los cristales dentro del mismo, los más comunes son episodios repetitivos, breves y desencadenados de vértigo con una duración menor a un minuto (Newman-Toker y Edlow, 2015).

2.2.2.2 Hipotensión Ortostática

La hipotensión ortostática es un trastorno común, que representa el 24% de los episodios sincopales agudos. Los síntomas son aturdimiento breve, la sensación de síncope al levantarse, y vértigo, el cual es considerado un síntoma frecuente, sin embargo, es menospreciado. Las causas por las que se origina la hipotensión ortostática se deben a medicamentos e hipovolemia, además de hemorragias internas como causa peligrosa (Newman-Toker y Edlow, 2015).

2.2.2.3 Enfermedad de Ménière

Lopez-Escamez et al. (2016), mencionan que la enfermedad de Ménière se debe a un trastorno multifactorial, producido por la combinación de factores genéticos y medioambientales. La enfermedad de Ménière es representada como un síndrome debido a que su cuadro clínico presenta diversos componentes que la caracterizan con episodios de vértigo espontáneo, hipoacusia neurosensorial unilateral fluctuante, acúfenos y plenitud aural. Los episodios vestibulares son frecuentes los primeros años de la enfermedad, y luego irán disminuyendo.

2.2.2.4 Migraña vestibular

La migraña vestibular es un término, con el cual ha costado obtener una definición precisa. Sin embargo, se han llegado a acuerdos para ir determinando qué involucra esta afección. La migraña vestibular es considerada “como la segunda causa más frecuente de vértigo recurrente después del VPPB, y la primera causa de vértigo recurrente espontáneo afectando el 1% de la población adulta.” (Espinosa-Sánchez y López-Escámez, 2013, p. 387).

Según Espinosa-Sánchez y López-Escámez (2013), para el diagnóstico clínico de migraña vestibular se deben considerar ciertos aspectos clínicos, 1) la persona debe haber presentado al menos 5 episodios de algún síntoma vestibular, 2) una historia personal de migraña y 3) que el 50% de los episodios vestibulares correspondan a la migraña. Además, el médico debe comprobar si existe alguna otra enfermedad asociada que pueda alterar el diagnóstico.

2.2.2.5 Síncope reflejo

Tambussi, Ruiz, Bucay, y Conde (2012), mencionan que el síncope reflejo está constituido por “una serie de situaciones que se caracterizan por la falla transitoria de los mecanismos autonómicos del control cardiovascular.” (p. 71) El síncope reflejo puede clasificarse según sus desencadenantes en:

- Síncope vasovagal: se origina producto de una emoción o por estrés ortostático en individuos predispuestos.
- Síncope situacional: se genera en circunstancias específicas que le atribuyen el nombre, por ejemplo: síncope postmiccional.
- Síncope del seno carotídeo: ocurre por manipulación de los senos carotídeos.
- Síncope inducido por el tilt test: no hay un factor desencadenante reconocible, pero se puede generar el síncope en la mesa basculante.

2.2.2.6 Ataques de pánico

Los ataques de pánico, con o sin hiperventilación, están acompañados usualmente por algún síndrome vestibular episódico, el cual tiene un comienzo rápido y dura un máximo 10 minutos aproximadamente. Se acompaña de al menos otros síntomas como depresión, cambios de personalidad o ansiedad. Aunque pueda existir algún precipitante para su aparición suele generarse espontáneamente. (Newman-Toker y Edlow, 2015, p. 587).

2.2.2.7 Ataque isquémico transitorio

Los ataques isquémicos transitorios pueden presentarse por medio de episodios aislados de vértigo o mareo, semanas o meses antes de un infarto. El mareo es el síntoma más común de la disección de la arteria vertebral y afecta a personas jóvenes y puede ser confundido con la migraña (Newman-Toker y Edlow, 2015)

2.2.2.8 Neuritis vestibular

La neuritis vestibular es un trastorno vestibular benigno, ocasionada por una inflamación viral o postviral que afecta el nervio vestibular. Las causas por las cuales se puede generar una neuritis vestibular generalmente son idiopáticas (Edlow et al., 2018). Algunos casos se relacionan con causas específicas, por ejemplo, la esclerosis múltiple. La neuritis vestibular está caracterizada por ser una enfermedad monofásica, sin embargo, el 25% de los casos tienen un indicio breve en la semana previa al ataque y otros tienen recidivas meses o años después (Newman-Toker y Edlow, 2015).

2.3 Protocolo Triage-TiTrATE

Según Newman-Toker y Edlow (2015), en los últimos años se han reunido pruebas suficientes que sugieren el uso de un nuevo paradigma para el diagnóstico y tratamiento de los síndromes vestibulares agudos en los centros de servicio de medicina general, el protocolo Triage-TiTrATE.

El protocolo Triage-TiTrATE formula un nuevo método de evaluación para los síndromes vestibulares agudos basado en el tiempo de los síntomas, el cual se refiere al inicio, duración y evolución, así como los detonantes, acciones, movimientos o situaciones que provocan la aparición del síntoma (Newman-Toker y Edlow, 2015, p. 578).

Proponen el uso de estas nuevas características para realizar un diagnóstico y tratamiento correcto usando los menores recursos clínicos posibles. Asimismo, distinguir rápidamente el motivo por el cual se presentan estos síndromes, ya que pueden ir desde causas benignas hasta peligrosas (Newman-Toker y Edlow, 2015).

La prueba se creó para guiar la sintomatología a diagnósticos distintos, los cuales se determinan de acuerdo con el tiempo y frecuencia de aparición de los síntomas y sus desencadenantes; además de conocer diversos diagnósticos diferenciales y los exámenes físicos y tratamientos específicos, según los síntomas que se presentan (Newman-Toker y Edlow, 2015).

2.3.1 Algoritmo del Protocolo Triage-TiTrATE

El protocolo Triage-TiTrATE se enfoca en diagnosticar a los usuarios de los servicios de salud que consultan por mareo aislado y vértigo en los centros de servicios de salud de atención primaria, y que estén acompañados por otros síntomas otológicos (hipoacusia, tinnitus, otalgia), cefaleas, autonómicos (náuseas, vómitos), entre otros.

Newman-Toker y Edlow (2015), indican que el enfoque del Protocolo Triage-TiTrATE está basado en cinco puntos, los cuales corresponden a:

1. El protocolo de intervención (triage): el cual consiste en identificar las posibles causas peligrosas por medio de la identificación de síntomas asociados prominentes, signos vitales anormales, estado mental alterado o por medio de otras pruebas complementarias.
2. El tiempo (timing): se refiere a reducir el diagnóstico diferencial, clasificando los síndromes vestibulares como episódicos, agudos o crónicos.
3. El desencadenante (triggers): en el cual se busca algún mecanismo fisiopatológico subyacente que identifique el detonante durante la revisión médica.
4. Examen clínico dirigido: tiene como objetivo diferenciar las causas benignas de las peligrosas, y clasificar la afección según la duración y el desencadenante.
5. Examen complementario: se elige el examen de laboratorio o imagen médica más apropiado cuando exista algún tipo de incertidumbre de que exista alguna causa peligrosa, y que no se ha logrado descartar con la prueba física realizada en la consulta médica.

El algoritmo TiTrATE, va a dividir los síndromes vestibulares en cuatro categorías claves, los síndromes vestibulares episódicos desencadenados y espontáneos y síndromes vestibulares agudos desencadenados y espontáneos. Cada una de estas categorías va a determinar un examen médico, diagnóstico diferencial y pruebas específicas (Newman-Toker y Edlow, 2015, p. 578).

La clasificación se va a realizar según la sintomatología y características que presente el usuario en el consultorio. El médico va a seguir la línea propuesta en el protocolo Triage-TiTrATE (*Véase figura 1*) para determinar el diagnóstico, los exámenes clínicos y tratamientos más apropiados para cada persona (Newman-Toker y Edlow, 2015).

Como se observa en la figura 1, dependiendo de la vía en la que se dirija la consulta médica, las casillas de la prueba van a sugerir el riesgo del trastorno vestibular, por ejemplo, rojo como alto riesgo, amarillo, riesgo medio y verde como bajo. Por tanto, el examinador podrá tomar en cuenta estos parámetros para establecer la gravedad del síntoma (Newman-Toker y Edlow, 2015, p. 578).

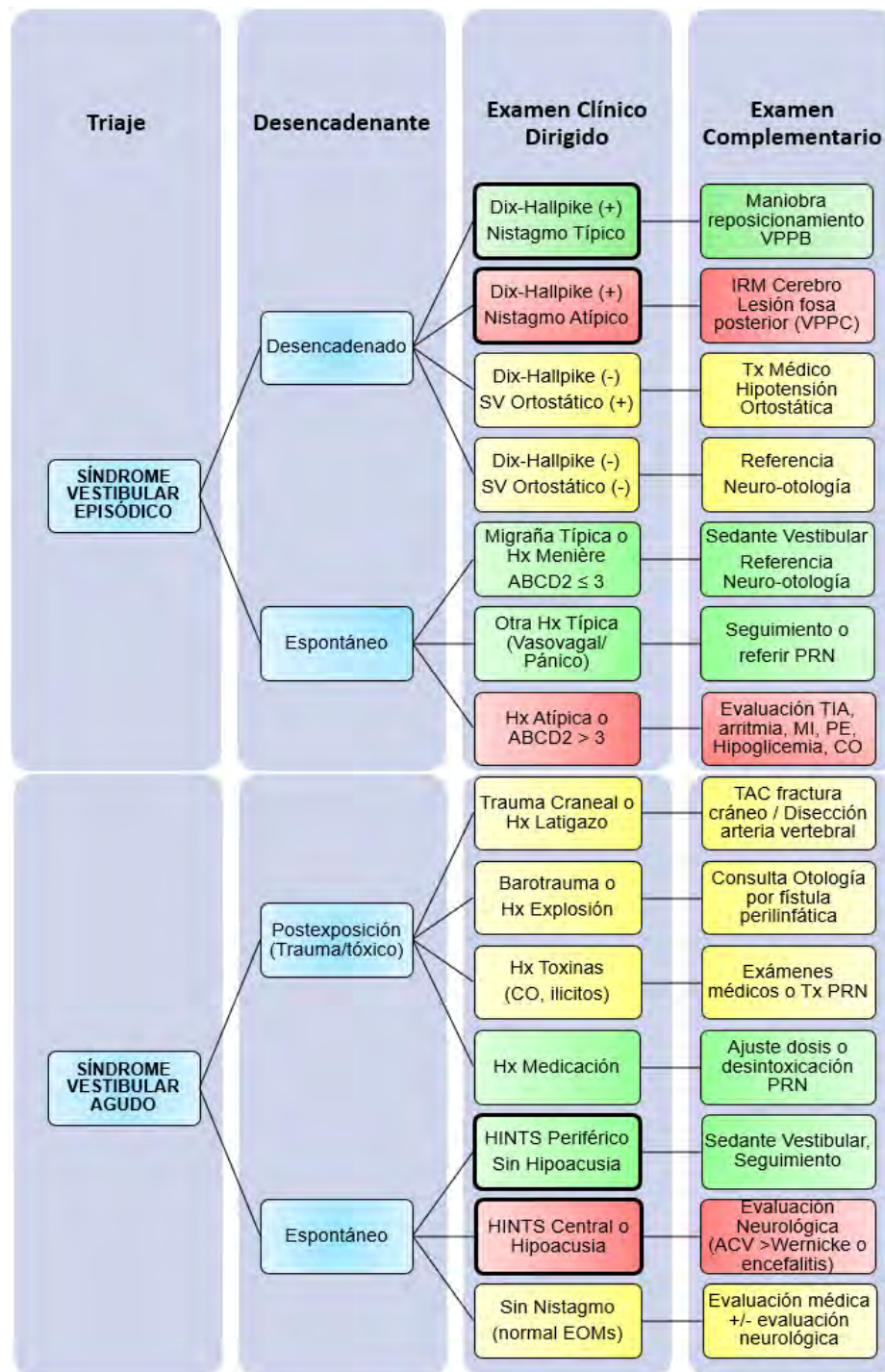


Figura 1. Protocolo Triage TiTrATE.

Fuente: Traducción propia al español de Newman-Toker, D., y Edlow, J. (2015). TiTrATE: A Novel, Evidence-Based Approach to Diagnosing Acute Dizziness and Vertigo. *Neurologic Clinics*, 33(3), 577–599.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

En este apartado se desarrolla la metodología que se utilizó para recabar los datos requeridos y brindar los resultados de esta investigación, así como los detalles relacionados con la población en estudio, alcances y limitaciones, entre otros indispensables para la elaboración.

3.1 Tipo de estudio

El estudio tiene un enfoque cuantitativo de tipo observacional, descriptivo y transversal. Se llevó a cabo una serie de procedimientos de tipo cuantitativo para la identificación, recolección y análisis de los datos según se requirió en cada objetivo, con la finalidad de realizar un análisis con todos los parámetros escogidos para caracterizar el abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos por parte de las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología.

Consecuentemente es de tipo descriptivo ya que “busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”. (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014, p. 92). De esta forma, se describieron las características más relevantes para las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología al abordar a un usuario o usuaria del servicio de salud que sea consultado por algún síndrome vestibular agudo, así como todo lo que conlleva el proceso de atención médica y transversal porque todas las variables son recolectadas en un mismo periodo de tiempo.

El análisis estadístico descriptivo permitió contrastar los aspectos involucrados en el abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos no solo entre las y los médicos generales y especialistas, sino también con el protocolo Triage-TiTrATE, el cual es una herramienta de diagnóstico y tratamiento médico actualizado, con la cual se puede determinar si existe alguna discrepancia entre un adecuado proceso diagnóstico y uno que requiera implementar estrategias de mejora.

3.2 Población de estudio

3.2.1 Características

La población de estudio con la que se trabajó son las y los médicos generales de la Oficina de Bienestar y Salud de la Universidad de Costa Rica y residentes del programa de Posgrado en Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica. La población fue en su totalidad de 21 participantes, 8 médicos generales de la Oficina de Bienestar y Salud y 13 médicos residentes del Posgrado de Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica.

3.2.2 Unidad de análisis

La unidad de análisis fue el abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos de cada uno de las y los médicos generales de la Oficina de Salud y residentes del programa de Posgrado en Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica.

3.2.3 Criterios de inclusión

Se incluyeron a las y los médicos generales de la Oficina de Salud y residentes del Posgrado de Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica que no tuvieron ningún conocimiento previo sobre la presente investigación.

3.2.4 Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio a las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología que tuvieron conocimiento previo sobre el estudio.

3.3 Alcances y limitaciones

Los alcances que se lograron mediante el desarrollo de esta investigación se pueden mencionar que es un estudio que muestra la situación actual sobre el abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos por parte de las y los médicos generales de la

Oficina de Salud y residentes del Posgrado de Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica.

Además, con la investigación se pretendió ser el punto de partida para realizar nuevos estudios en otros centros de salud sobre los síndromes vestibulares agudos, para conocer a mayor escala la situación que presenta el país, con la finalidad de mejorar la atención médica. También, empezar a incorporar nuevas estrategias de intervención clínica, como lo es el protocolo Triage-TiTrATE, para que los servicios de salud cuenten con protocolos internacionales que mejoren el proceso de evaluación médica.

En cuanto a las limitaciones de la investigación se puede mencionar ciertos errores de interpretación con respecto al instrumento de recolección de datos, ocasionando confusión en las y los participantes a la hora de seleccionar o responder el cuestionario. Asimismo, esta confusión ocasionó en diversos participantes una respuesta parcial o incorrecta.

Por otra parte, en el análisis de los resultados se presentó cierta dificultad en cuanto a la medición estadística de los datos, debido a la variabilidad de datos obtenidos por las y los participantes del estudio, por lo que se solicitó acompañamiento estadístico para la adecuada interpretación de los datos.

3.4 Definición y operacionalización de las variables

Objetivo	Variable	Definición	Indicadores	Instrumento
<p>1. Identificar los aspectos clínicos relevantes para los médicos generales de la Oficina de Bienestar y Salud de la Universidad de Costa Rica y residentes del Posgrado en Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica para el abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos.</p>	<p>Aspectos clínicos</p>	<p>Son el conjunto de características clínicas más importantes para los médicos en la consulta médica para dirigir la sintomatología a un diagnóstico médico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas y Signos (mareo, vértigo, inestabilidad, náuseas, vómitos) • Exámenes enviados • Maniobras diagnósticas • Farmacológico • No farmacológico • Referencia 	<p>Cuestionario Abordaje Clínico Síndromes Vestibulares Agudos</p>
<p>2. Contrastar el abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos de las y los médicos generales de la Oficina de Bienestar y Salud de la Universidad</p>	<p>Contraste parámetros protocolo Triage-TiTrATE.</p>	<p>Son las similitudes y diferencias que existen entre el abordaje clínico de los médicos generales y residentes en Otorrinolaringología con</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica (signos, síntomas) • Exámenes o pruebas clínicas • Tratamiento médico (farmacológico, no 	

<p>de Costa Rica y residentes del Posgrado en Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica de acuerdo con los parámetros definidos en el protocolo Triage-TiTrATE.</p>		<p>respecto al protocolo Triage-TiTrATE.</p>	<p>farmacológico, referencia)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abordaje clínico médico general • Abordaje clínico residente Otorrinolaringología 	
<p>3. Identificar las fuentes de consulta bibliográfica científica de las y los médicos generales de la Oficina de Bienestar y Salud de la Universidad de Costa Rica y residentes del Posgrado en Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica con respecto a los síndromes vestibulares agudos.</p>	<p>Fuentes de consulta bibliográfica científica</p>	<p>Son diversos tipos de documentos que contienen información para satisfacer una demanda de información o conocimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Artículos • Protocolos médicos • Libros • Internet • Cursos 	

Fuente: Elaboración propia, 2020.

3.5 Definición procedimientos de recolección de información

Para la realización de esta investigación se utilizó como instrumento un cuestionario para la recolección de datos, el cual fue creado por la investigadora (*Véase anexo 1*), para recopilar la información necesaria sobre el abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos por parte de las y los médicos generales y médicos residentes de Otorrinolaringología. Este documento está constituido por dos secciones.

La primera sección está conformada por dos casos clínicos típicos de usuarios y usuarias que consultan los servicios médicos debido a que presentan algún síndrome vestibular agudo. Los casos clínicos son variados, por lo cual, requieren una intervención distinta según la sintomatología presentada. Las preguntas están orientadas a conocer los aspectos más relevantes para las y los médicos en una consulta médica, con la finalidad que cada sujeto de estudio brinde su criterio clínico para el abordaje de cada situación.

La segunda parte del cuestionario consta de once preguntas variadas entre respuesta corta, selección única y opción múltiple. Está enfocado en temas generales sobre los síndromes vestibulares agudos como definiciones, causas, diagnósticos frecuentes. Asimismo, sobre las consultas de artículos científicos y protocolos médicos que realizan los sujetos de estudio con respecto a los síndromes vestibulares agudos.

Las preguntas del cuestionario se elaboraron enfocándose a cada uno de los parámetros obtenidos mediante el protocolo Triage-TiTrATE. Con la finalidad de poder contrastar los datos obtenidos en la aplicación del cuestionario con dicho protocolo y conocer cuáles son las similitudes o diferencias que existen actualmente entre la práctica médica y los nuevos hallazgos científicos para el abordaje de los síndromes vestibulares agudos.

Se aplicó dicho cuestionario impreso, para la recolección de los datos, a cada uno de las y los médicos participantes del estudio.

3.6 Definición de procedimientos y técnica de análisis

Posterior a la recolección de datos en los cuestionarios impresos, cada ítem está previamente codificado para ingresarse de forma manual a la hoja de la base de datos en el software Excel (Office 365, Windows 10). Con la base de datos completa, para posterior depuración y confirmación de llenado correcto de los datos se procedió a su análisis a través de estadística descriptiva con las funciones de tablas dinámicas.

Debido a la naturaleza del estudio, la estadística descriptiva va en función del análisis univariado con medidas de posición central y de distribución para variables numéricas y frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, tanto para la descripción de los participantes como de sus respuestas en los casos clínicos y cuestionario.

Además, se llevó un análisis comparativo de las similitudes y diferencias que tiene dicho proceso con el protocolo Triage TiTrATE. Para que el protocolo sea el punto de corte en delimitar aquellas prácticas que siguieron las recomendaciones de éste y aquellas que no, e identificar en qué parte del proceso de atención no se sigue las sugerencias, aplicando métodos bivariados, identificando cómo se distribuyen con respecto a otras variables. Esto permitió discutir si existen o no discrepancia entre los métodos empleados por las y los médicos y los nuevos aportes científicos para el manejo de la sintomatología. Finalmente, el cuestionario se recodificó como un test cuyo puntaje va de 0 de 44, permitiendo calcular una nota de respuesta de las y los médicos generales y especialistas en Otorrinolaringología.

Como apoyo a la presentación de los datos se utiliza recursos como cuadros, tablas y gráficos.

3.7 Consideraciones éticas

La investigación cumplió con el anonimato de las y los médicos que participaron en la investigación. De este modo, durante la aplicación de los cuestionarios médicos, no se solicitó ninguna información que pueda considerarse sensible para ellos y ellas.

Asimismo, los datos proporcionados por las y los médicos, tanto generales como residentes de Otorrinolaringología, sobre el abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos, son confidenciales y en ningún momento se referirá a casos específicos de usuarios del servicio de salud. La información fue resguardada por la investigadora en una base de datos, la cual sólo puede tener acceso la misma.

CAPÍTULO IV

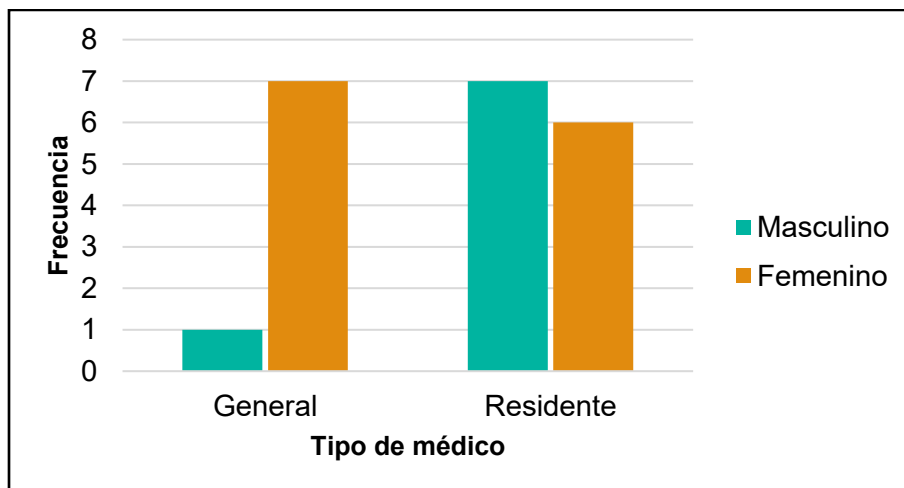
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el presente capítulo se exponen y discuten, según los objetivos de la investigación, los resultados obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, el cuestionario sobre el abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos (Véase Anexo 1) aplicado a las y los médicos generales y especialistas. Para efectos del estudio, participaron las y los 21 médicos en su totalidad, por consiguiente, se aplicaron 21 cuestionarios, de los cuales 8 corresponden a las y los médicos generales de la Oficina de Bienestar y Salud y 13 para las y los médicos residentes del posgrado de Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica, participantes del estudio.

4.1 RESULTADOS

Los siguientes datos muestran información general de la población de estudio como: edad, sexo, años laborados, ello en el caso de las y los médicos generales y año de residencia para las y los residentes del posgrado de Otorrinolaringología. En el gráfico 1, se presenta la distribución según sexo de las y los médicos generales de la Oficina de Bienestar y Salud de la Universidad de Costa Rica.

Gráfico 1. Distribución según sexo de la población de estudio



Fuente: Elaboración propia, 2020.

La población de médicos generales estuvo constituida por 7 mujeres, representando un 87,5% y un hombre, conformando el 12,5%. En cuanto a la distribución según sexo de las y los médicos residentes del posgrado en Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica participaron en el estudio 7 hombres, con un porcentaje del 53.8% y 6 mujeres que representan el 46.2%.

En el cuadro 1 se muestra la descripción general de la población de estudio según edad, año de residencia y años laborando.

Cuadro 1. Descripción general de la población de estudio según edad, año de residencia y años laborando

Variable		General	Residente
Total	21	8	13
Edad	n	8	13
	Media	37,38	27,69
	D.E	6,55	1,11
Año de Residencia	n		13
	Media		2,54
	D.E		1,13
Años Laborando	n	8	
	Media	10,25	
	D.E	6,23	

Fuente: Elaboración propia, 2020.

El promedio de la edad de las y los médicos generales fue de 37,38 años, con una desviación estándar de 6,55. El rango inferior de edad está en los 27 años y el superior en 50 años. Con respecto a los años laborando como médicos generales, hay una media de 10,25 años laborando con una desviación estándar de 6,23. La persona con más años laborando como médico general es de 23 años y la más joven con 2 años.

Además, se observa el promedio de la edad de las y los médicos residentes el cual corresponde a 27.69 con una desviación estandar de 1.10. El rango mínimo de edad es de 26 años y el máximo es de 30 años. En cuanto a la distribución porcentual de las y los médicos residentes según su año de residencia, la proporción es muy similar entre los grupos, el porcentaje de las y los médicos residentes de primer, segundo y cuarto año es de un 23.1% cada uno, lo que corresponde a 3 médicos por año y el tercer año de residencia muestra un porcentaje de 30.7% y corresponde a 4 residentes.

La presente sección se dividió en dos partes, de acuerdo con el cuestionario aplicado, la primera está enfocada en conocer aspectos específicos sobre el abordaje médico de los síndromes vestibulares agudos mediante la evaluación de dos casos clínicos típicos de usuarios que han consultado los servicios de urgencias. La segunda parte, con aspectos generales de la atención clínica de los síndromes vestibulares agudos, incluyendo las fuentes de consulta bibliográfica científica utilizadas por la población en estudio.

Los apartados describen los resultados obtenidos sobre los aspectos clínicos más relevantes para las y los médicos generales y residentes del Posgrado en Otorrinolaringología con respecto a la atención de un paciente que asiste a la consulta médica por un síndrome vestibular agudo. Asimismo, se desarrolló el contraste con el protocolo Triage-TiTrATE con respecto a los datos brindados por las y los participantes.

4.1.1 Abordaje de las y los médicos a través de casos clínicos

En este apartado, se puede observar la evaluación de distintos criterios, con respecto a los dos casos clínicos, como una simulación que permite identificar cuáles son los aspectos clínicos más relevantes para las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología, para el abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos.

4.1.1.1 Caso Clínico 1

El primer caso clínico detalla la historia de un paciente masculino de 57 años que acude al servicio de urgencias debido a repetitivos episodios de vértigo rotatorio de segundos de duración desencadenados por cambios de posición. Además, está acompañado de

náuseas, vómitos y sudación profunda. Refiere desequilibrio durante la marcha. Por otra parte, no presenta antecedentes clínicos de relevancia. En el examen físico, los signos neurológicos están ausentes. Asimismo, presenta latero pulsión izquierda en la prueba de marcha (Martyniuk, 2012).

En el cuadro 2 se puede observar que el criterio se enfoca en conocer cuál otro dato clínico es requerido por las y los médicos, tanto generales como residentes de Otorrinolaringología, para orientar el diagnóstico médico basado en la historia clínica presentada en el caso clínico 1, según lo estipulado por el protocolo Triage-TiTrATE.

Cuadro 2. Datos adicionales requeridos por las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología para el abordaje clínico del caso clínico 1.

Criterio	Recomendación	Aspecto	Generales = 8		Residentes = 13	
			Si	No	Si	No
¿Cuál otro dato clínico requiere del usuario para orientar el diagnóstico?	Conocer datos adicionales para la historia clínica	APP	3	5	0	13
		Tratamiento	3	5	0	13
		Síntomas asociados	1	7	7	6
		Características vértigo	4	4	3	10
		Signos vitales	2	6	1	12
		Prueba Romberg	1	7	0	13
		Valoración ORL	1	7	0	13
		Causa	0	8	6	7
		Hipotensión ortostática	0	8	1	12
		Otros síntomas	3	5	4	9
Ninguno	0	8	1	12		

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Se puede observar cuales datos clínicos adicionales a la historia clínica son importantes para las y los médicos generales para orientar el diagnóstico clínico. Por ejemplo, los datos muestran que las y los médicos se interesan por indagar más en las características del

vértigo como el tipo y el tiempo de evolución del síntoma (22,2%), antecedentes patológicos personales del paciente (16,7%), tratamiento utilizado (16,7%), así como en la presentación de otros síntomas entre ellos la hipoacusia u otalgia (16,7%).

Asimismo, otros datos clínicos requeridos por las y los participantes, en menor proporción, para guiar el diagnóstico médico se encuentran los síntomas asociados como fiebre (5,6%), signos vitales (11,1%), la otoscopía (5,6%) y datos obtenidos mediante la prueba de Romberg (5,6%).

Además, en este cuadro se muestran los datos clínicos adicionales, requeridos por las y los médicos residentes de Otorrinolaringología, que deberían estar presentes en la historia clínica, para guiar el diagnóstico médico, entre los cuales se encuentran los síntomas asociados, por ejemplo, los síntomas neurológicos (30,4%), la posible causa del vértigo como trauma o infección (26,1%), así como la presentación de otros síntomas como los acúfenos o hipoacusia (17,4%).

También, mencionan otros datos en un menor porcentaje, entre ellos, las características del vértigo como si es la primera vez que sucede, el lado con mayor afectación, o si le sucede acostado (13,0%), los signos vitales (4,3%), y la valoración de la hipotensión ortostática (4,3%). Además, un participante indicó no necesitar ningún otro dato clínico para orientar el diagnóstico.

En el cuadro 3 se muestra el abordaje inicial de las y los participantes con respecto al caso clínico 1. El primer criterio de evaluación se basó en conocer en forma general, los aspectos de la anamnesis considerados relevantes para dirigir el caso a un diagnóstico médico según las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología.

Cuadro 3. Abordaje médico inicial del caso clínico 1.

Criterio	Recomendación	Aspecto	Generales = 8		Residentes = 13	
			Si	No	Si	No
1. Según la historia clínica, ¿Cuál aspecto lo dirige a un diagnóstico?	Identificar las características principales del vértigo	Episódico	2	6	0	13
		Duración	0	8	12	1
		Desencadenante	4	4	12	1
	Otras características	Rotatorio	4	4	0	13
		Marcha	3	5	0	13
		Síntomas	4	4	1	12
2. ¿Cuáles datos son los más importantes para orientar el diagnóstico?	Datos clínicos que consideran relevantes	Episodios duran segundos	2	6	10	3
		Ha presentado 4 episodios	1	7	1	12
		Se detona al cambiar de posición	6	2	12	1
	Datos menos relevantes	Vértigo rotatorio	1	7	0	13
		Síntomas neurovegetativos	5	3	9	4
		Desequilibrio en la marcha	3	5	13	0
		Tiene 57 años	8	0	13	0

Fuente: Elaboración propia, 2020.

En relación con las y los médicos generales, el 50,0% consideró como relevante la característica rotatoria del síntoma vestibular, el desencadenante, el cual corresponde a los cambios de posición, así como, los síntomas que presenta el paciente. Además, indican otros aspectos relevantes con respecto a la anamnesis como la condición episódica del vértigo (25,0%) y la alteración de la marcha (37,5%).

En cuanto a las y los médicos residentes de Otorrinolaringología, el 92,3% menciona que tanto la duración del síntoma como el desencadenante son dos aspectos fundamentales presentes en la historia clínica para orientarse a un diagnóstico médico certero. Asimismo, el 7,7% indicó como aspecto relevante para el diagnóstico los síntomas presentes en la anamnesis.

El segundo criterio abordado fue más específico, debido a que se seleccionaron datos puntuales de la historia clínica, basados en el protocolo Triage-TiTrATE, con el fin de identificar los datos más y menos relevantes para las y los médicos.

Como se observa, para las y los médicos generales, los tres datos más relevantes son el desencadenante, el cual hace referencia a los cambios de posición que conduce al síntoma vestibular, seguido por el desequilibrio durante la marcha y, por último, la sensación giratoria característica del vértigo. Por consiguiente, los datos con menor relevancia corresponden a la duración del síntoma, el número de episodios, los síntomas neurovegetativos y la edad.

Con respecto a las y los médicos residentes de Otorrinolaringología, los principales datos o con mayor relevancia dentro de la historia clínica son la sensación rotatoria del síntoma vertiginoso, el desencadenante y, por último, la duración de los episodios vertiginosos. Por otro lado, entre los aspectos con menor relevancia se encuentra el número de episodios, la edad del paciente, el desequilibrio durante la marcha y los síntomas neurovegetativos.

Como parte del caso clínico 1 se incorporaron diversos datos respecto al examen físico, los cuales corresponden a:

- Signos vitales:
 - Presión arterial: 130/90 mmHg.
 - Frecuencia cardíaca: 72 l/m.
 - Frecuencia respiratoria: 16 r/m.
 - Temperatura: 36,4°C.
- Signos neurológicos ausentes.
- Presenta latero pulsión izquierda en la prueba de marcha.

En relación con los datos anteriores, se tomaron en cuenta una serie de criterios para conocer cuáles otros exámenes o pruebas físicas realizarían las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología para el abordaje médico del caso clínico 1, además, determinar los motivos por los cuales los exámenes son necesarios para la resolución de éste. A continuación, se presentan los resultados respectivos en el cuadro 4:

Cuadro 4. Exámenes físicos del caso clínico 1

Criterio	Recomendación	Aspecto	Generales = 8		Residentes = 13	
			Si	No	Si	No
1. ¿Qué es lo primero que realiza en el examen físico para confirmar o descartar su sospecha diagnóstica?	Realizar pruebas posicionales	Prueba Romberg	4	4	0	13
		Maniobra de Dix-Hallpike	3	5	8	5
		Nistagmo	3	5	4	9
		Otoscopía	3	5	0	13
		Signos vitales	1	7	0	13
		Examen Físico Completo	2	6	0	13
		Examen Neurológico	2	6	2	11
		Pruebas vestibulares	1	7	1	12
		HINTS	0	8	5	8
		ECG	0	8	1	12
		Glicemia	2	6	0	13
2. ¿Por qué considera que lo que realiza puede confirmar o descartar el diagnóstico clínico?	Diferenciar causas benignas de peligrosas	Sistema Vestibulococlear	2	6	1	12
		Diagnóstico diferencial	5	1	12	2
		Orientar Caso Clínico	1	7	0	13

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Como puede observarse, el primer criterio muestra los exámenes físicos que las y los participantes realizarían según la historia clínica presentada. Por ejemplo, el 50,0% de las y los médicos generales indicó que incluirían en el examen físico la prueba de Romberg, un 37,5% las pruebas posicionales, así como la evaluación de la presencia o no de un nistagmo y la otoscopía. Asimismo, un 25,0% mencionó como necesario el examen físico completo, el examen neurológico y la glicemia y un 12,5% los signos vitales y las pruebas vestibulares.

En cuanto a las pruebas que realizarían las y los médicos residentes en el examen físico, un 61,5% mencionó las pruebas posicionales, específicamente, la maniobra de Dix-Hallpike, la cual es una maniobra diagnóstica del vértigo, un 30,8% la evaluación de la presencia o no de nistagmo y sus características, así como, el examen HINTS un 38,5%. De la misma manera, un 15,4% de las y los participantes mencionó la incorporación del examen neurológico a las pruebas físicas, y un 7,7% las pruebas vestibulares y el ECG.

El segundo criterio se enfoca en conocer la finalidad de realizar cada una de las pruebas físicas anteriormente mencionadas, las cuales se dividen en tres opciones según lo mencionado por las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología, las cuales son la valoración del sistema vestibulococlear, el diagnóstico diferencial y la orientación del caso clínico.

De acuerdo con las y los médicos generales, los motivos de utilizar los exámenes físicos mencionados anteriormente corresponden un 62,5% para realizar un diagnóstico diferencial, un 25% para valorar el sistema vestibulococlear y el 12,5% para orientar el caso clínico. Por otra parte, las y los médicos residentes de Otorrinolaringología señalaron que utilizarían las pruebas para realizar diagnósticos diferenciales en un 92,3%, con el objetivo de determinar si la patología es periférica o central; y un 7,7% para la valoración del sistema vestibulococlear.

En el siguiente cuadro se observa con mayor especificidad la aplicación de los exámenes físicos por parte de las y los participantes en el caso clínico 1:

Cuadro 5. Aplicación de los exámenes físicos del caso clínico 1.

Examen Físico	Aspecto	Generales = 8		Residentes = 13	
		Si	No	Si	No
Prueba Romberg	Orientar Caso Clínico	1	7	0	13
	Diagnóstico diferencial	2	6	0	13
	Valoración Sistema vestibulococlear	2	6	0	13
Maniobra de Dix-Hallpike	Orientar Caso Clínico	1	7	0	13
	Valoración Sistema vestibulococlear	0	8	1	12
	Diagnóstico diferencial	2	6	7	6
Nistagmo	Valoración Sistema Vestibulococlear	1	7	0	13
	Diagnóstico diferencial	1	7	3	10
Otoscopía	Diagnóstico diferencial	1	7	0	13
	Valoración Sistema Vestibulococlear	3	5	0	13
Signos vitales	Diagnóstico diferencial	1	7	0	13
Examen Físico Completo	Diagnóstico diferencial	2	6	0	13
Examen Neurológico	Diagnóstico diferencial	2	6	2	11
Pruebas vestibulares	Diagnóstico diferencial	1	7	1	12
HINTS	Diagnóstico diferencial	0	8	5	8
ECG	Diagnóstico diferencial	0	8	1	12
Glicemia	Diagnóstico diferencial	1	0	0	13

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Como puede observarse, las y los médicos generales indicaron que utilizarían la prueba de Romberg tanto para valorar el sistema vestibulococlear y realizar un diagnóstico diferencial como para orientar el caso clínico, las pruebas posicionales o maniobra de Dix-Hallpike se emplearía para orientar el caso clínico y realizar un diagnóstico diferencial, la otoscopia y la valoración del nistagmo para valorar el sistema vestibulococlear y establecer un diagnóstico diferencial. Asimismo, las pruebas físicas restantes se utilizarían para realizar un diagnóstico diferencial.

Por otra parte, las y los médicos residentes de Otorrinolaringología mencionan que implementarían la maniobra de Dix-Hallpike en el examen físico principalmente para establecer un diagnóstico diferencial y en un menor porcentaje para valorar el sistema vestibulococlear. Por otra parte, tanto la valoración del nistagmo, el examen neurológico, otras pruebas vestibulares, el examen HINTS, así como el ECG lo utilizarían solamente con la finalidad de realizar un diagnóstico diferencial.

La incorporación de pruebas posicionales al examen físico del caso clínico 1 es fundamental debido a que ayuda al médico a proporcionar un diagnóstico clínico certero. Por tal motivo, el criterio evaluado en el cuadro 6, se enfoca en conocer cuál aspecto o característica de este examen físico es importante para los participantes para determinar el diagnóstico al realizar las pruebas posicionales. A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

Cuadro 6. Pruebas posicionales

Criterio	Recomendación	Aspecto	Generales = 8		Residentes = 13	
			Si	No	Si	No
Si le realiza pruebas posicionales al usuario, ¿Qué es lo que determina el diagnóstico?		Detonación del síntoma	6	2	2	11
	Identificar el resultado de las pruebas posicionales	Dirección del nistagmo	1	7	4	9
		Duración del síntoma	0	8	2	11
		Aparición del nistagmo	2	6	11	2

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Se puede observar que un 75,0% de las y los médicos generales mencionan que para determinar el diagnóstico mediante el uso de pruebas posicionales es necesaria la detonación del síntoma, un 12,5% la dirección del nistagmo y un 25,0% la aparición del nistagmo.

En relación con las características principales para determinar el diagnóstico clínico mediante el uso de pruebas posicionales en la consulta médica, un 84,6% de las y los médicos residentes de Otorrinolaringología indicó que la aparición del nistagmo es fundamental para realizar el diagnóstico, el 30,8% mencionó la dirección nistagmo y en la misma proporción de 15,4% la duración y detonación del síntoma.

El cuadro 7 por su parte, muestra información correspondiente al diagnóstico clínico presuntivo realizado por las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología para el caso clínico 1. Además, incluye el posible tratamiento médico prescrito por las y los participantes.

Cuadro 7. Diagnósticos médicos presuntivos y tratamientos médicos del caso clínico 1.

Criterio	Recomendación	Aspecto	Generales = 8		Residentes = 13	
			Si	No	Si	No
1. ¿Cuál es el diagnóstico médico presuntivo?	Vértigo Paroxístico Posicional Benigno	VPPB	5	3	12	1
		Cuadro vertiginoso	1	7	0	13
		Vértigo E/E	1	7	0	13
		Neurorinitis	0	8	1	12
		No contestó	1	7	0	13
2. ¿Le prescribe algún tratamiento al usuario?	Maniobras de reposicionamiento	Farmacológico	8	0	6	7
		Maniobras de reposicionamiento	0	8	7	6
		Recomendaciones	0	8	2	11
		Rehabilitación vestibular	0	8	3	9

Fuente: Elaboración propia, 2020.

En cuanto al diagnóstico médico, un 62,5% de las y los médicos generales indicó que el principal diagnóstico presuntivo corresponde a Vértigo Paroxístico Posicional Benigno (VPPB), un 12,5% lo calificó como un cuadro vertiginoso recurrente, así como vértigo en estudio (E/E). Por otra parte, el 12,5% restante no indicó ningún diagnóstico clínico. Con respecto al diagnóstico médico realizado por las y los médicos residentes de Otorrinolaringología, un 92,3% indicaron que un posible diagnóstico sería Vértigo Paroxístico Posicional Benigno (VPPB) y un 7,7% lo clasificó como neuronitis vestibular.

Por último, en cuanto al tratamiento médico prescrito, la totalidad de las y los médicos generales indicaron que le prescribirían al paciente un tratamiento farmacológico antivertiginoso y/o antiemético, para tratar la sintomatología del paciente. En cuanto a las y los médicos residentes, el 53,8% indicó la utilización de maniobras de reposicionamiento para tratar la patología, el 46,2% recomendó el uso de tratamiento farmacológico, como los antieméticos, con la finalidad de inhibir los síntomas.

Asimismo, el 15,4% de las y los participantes mencionaron distintas recomendaciones para el usuario como evitar movimientos bruscos y mantener la posición para evitar la detonación del síntoma. Por último, el 23,1% mencionó la incorporación de ejercicios de rehabilitación vestibular como tratamiento para la sintomatología presentada.

4.1.1.2 Caso Clínico 2

En la siguiente sección, se plantea criterios similares a los evaluados en el caso clínico anterior, con la finalidad de conocer el abordaje médico de las y los participantes ante diversas situaciones que puedan presentarse durante la práctica clínica con respecto a los síndromes vestibulares agudos.

El segundo caso clínico detalla la historia de un paciente masculino de 63 años que acude al servicio de emergencias por vértigo. Como parte de su historia clínica, el usuario presenta antecedentes clínicos de diabetes, hipertensión, fibrilación auricular y bloqueo auriculoventricular con implantación de marcapasos. Consulta por repetidos episodios de vértigo rotatorio de aparición súbita que duran 5 minutos aproximadamente. No presenta otros síntomas vestibulares. Además, presentó vértigo episódico transitorio repetitivo, que a veces fue evocado por cambios en la posición del cuerpo (Usui et al., 2019).

En el cuadro 8 el abordaje médico inicial por parte de las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología. El primer criterio, se basa en conocer si las y los médicos, requieren algún otro dato clínico para orientar el diagnóstico médico basado en la historia clínica presentada en el caso clínico 2; por consiguiente, de ser positiva la respuesta, determinar cuáles son los datos adicionales requeridos. Asimismo, el segundo criterio se enfoca en conocer los datos clínicos relevantes para las y los médicos propuestos anamnesis.

Cuadro 8. Abordaje médico inicial del caso clínico 2.

Criterio	Recomendación	Aspecto	Generales = 8		Residentes = 13	
			Si	No	Si	No
1. ¿Requiere algún otro dato clínico del paciente para orientar su diagnóstico? ¿Cuál?	Conocer datos adicionales para la historia clínica	Tratamiento	4	4	1	12
		Características vértigo	2	6	0	13
		APP	1	7	0	13
		Desencadenante	1	7	3	10
		Patología cardíaca	1	7	1	12
		Alteración Neurológica	1	7	3	10
		Signos Vitales	1	7	0	13
		Otoscopía	1	7	0	13
		Nistagmo	0	8	1	12
		Síntomas	0	8	7	6
		Ninguno	0	8	3	10
2. ¿Cuáles datos son los más importantes para dirigir el diagnóstico?	Datos clínicos relevantes	Episodios duran 5 minutos	2	6	5	7
		Vértigo repetitivo de aparición súbita	7	1	7	6
		Vértigo rotatorio	6	2	7	6
	Datos menos relevantes	APP	5	3	6	7
		No presenta otros síntomas	8	0	13	0
		Tiene 63 años	7	1	12	1

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Con respecto a las y los médicos generales, la totalidad indicó que era necesario algún dato clínico extra como parte de la historia clínica para guiar el caso clínico a un posible diagnóstico médico. Como se observa, entre los datos clínicos mencionados se encuentran el tratamiento médico (33,3%) y las características del vértigo (16,7%), además, en menor proporción se mencionan otros datos clínicos requeridos por alguno de las y los participantes, por ejemplo, antecedentes patológicos personales (8,3%), el desencadenante (8,3%), alteraciones neurológicas (8,3%), signos vitales (8,3%), otoscopía (8,3%), así como el estado de la patología cardíaca que presenta el paciente (8,3%).

Por otra parte, el 76,9% de las y los médicos residentes de Otorrinolaringología indicaron que, sí necesitan datos adicionales a la historia clínica para guiar su diagnóstico médico, por el contrario, el 23,1% restante señaló que no era necesaria la incorporación de más información a la anamnesis.

Con respecto a los datos clínicos de relevancia que deberían estar en la historia clínica para guiar el diagnóstico médico, se encuentran principalmente la presentación de otros síntomas (36,7%), entre ellos, la cervicalgia, dolor torácico, palpitaciones, disnea, lipotimia, visión borrosa o sudación. Además, información relacionada al desencadenante del vértigo (15,8%), alteraciones neurológicas (15,8%), estado de la patología cardíaca del paciente (5,3%), el tratamiento médico (5,3%), así como la presencia o no de nistagmo mediante el uso de maniobras diagnósticas (5,3%).

Como se mencionó, el segundo criterio corresponde a la relevancia que tienen ciertos datos específicos de la historia clínica para las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología para la orientación del caso clínico, basado en el protocolo Triage-TiTrATE.

Las y los médicos generales indicaron que los dos datos más relevantes de la historia clínica son el vértigo repetitivo de aparición súbita y los antecedentes personales patológicos. Por consiguiente, los datos con menor relevancia corresponden a la duración de los episodios, el vértigo de característica rotatoria, el paciente no presenta otros síntomas y la edad.

Con respecto a las y los médicos residentes de Otorrinolaringología, los principales datos o con mayor relevancia dentro de la historia clínica son el vértigo repetitivo de aparición súbita y los antecedentes personales patológicos del paciente. Por otro lado, entre los aspectos con menor relevancia se encuentran la característica rotatoria del vértigo, la duración de los episodios, la ausencia de otros síntomas y la edad.

Por otra parte, se incorporó dentro del caso clínico 2, información referente al examen físico del paciente en estudio, la cual corresponde a:

- Signos neurológicos ausentes
- Vértigo recurrente en la prueba de marcha.
- Nistagmo izquierdo horizontal espontáneo.

En relación con los datos anteriores, se tomaron también en cuenta una serie de criterios para conocer cuales exámenes o pruebas físicas son necesarias para las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología en el abordaje médico del presente caso clínico. En el siguiente cuadro podemos observar los primeros exámenes físicos realizados por las y los médicos para dirigir el diagnóstico médico del caso clínico 2:

Cuadro 9. Exámenes físicos del caso clínico 2

Criterio	Aspecto	Generales = 8		Residentes = 13	
		Si	No	Si	No
Según la historia clínica ¿Qué es lo primero que realiza en el examen físico para dirigir su diagnóstico?	Prueba Romberg	4	4	1	12
	Maniobra Dix-Hallpike	2	6	2	11
	Signos Vitales	3	5	0	13
	Glicemia	1	7	0	13
	ECG	3	5	1	12
	Otoscopía	4	4	0	13
	Nistagmo	3	5	1	12
	Examen físico completo	1	7	0	13
	Examen Neurológico	1	7	3	10
	Pruebas vestibulares	0	8	1	12
HINTS	0	8	8	5	

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Se puede observar que el 50,0% de las y los médicos generales incluirían en la lista de pruebas físicas la prueba de Romberg y la otoscopía, además, un 37,5% indicó que incorporaría la toma de signos vitales, el electrocardiograma, y la valoración de la presencia o no del nistagmo y sus características. Entre otras pruebas mencionadas en menor proporción están la maniobra de Dix-Hallpike, el examen de glucemia, el examen físico completo y el examen neurológico.

Por otra parte, el 61,5% de las y los médicos residentes de Otorrinolaringología indicaron que le realizarían al paciente el examen HINTS. Asimismo, integraron otras pruebas físicas en menor proporción, por ejemplo, el examen neurológico, la maniobra de Dix-Hallpike, el electrocardiograma, la valoración del nistagmo y, por último, pruebas vestibulares.

En el cuadro 10, se puede observar otro criterio de evaluación con respecto al examen físico, el cual se enfoca en conocer cuáles son los diferentes métodos utilizados por las y los médicos, tanto generales como residentes de Otorrinolaringología, para la confirmación de la sospecha diagnóstica del caso clínico 2, según los datos proporcionados anteriormente.

Cuadro 10. Métodos para la confirmación de la sospecha diagnóstica

Criterio	Aspecto	Generales = 8		Residentes = 13	
		Si	No	Si	No
¿Cómo confirma su sospecha diagnóstica?	Síntomas	1	7	0	13
	ECG	1	7	3	10
	Examen físico	2	6	1	12
	Historia clínica	2	6	0	13
	Pruebas vestibulares	2	6	1	12
	Examen Laboratorio	1	7	0	13
	Imágenes médicas	1	7	1	12
	Audiometría	1	7	0	13
	Maniobra Dix-Hallpike	0	8	6	7
	Presión arterial	0	8	1	12
	HINTS	0	8	3	10
	Otoscopía	1	7	0	13
	Prueba Romberg	0	8	1	12
	Examen Neurológico	0	8	3	10

Fuente: Elaboración propia, 2020.

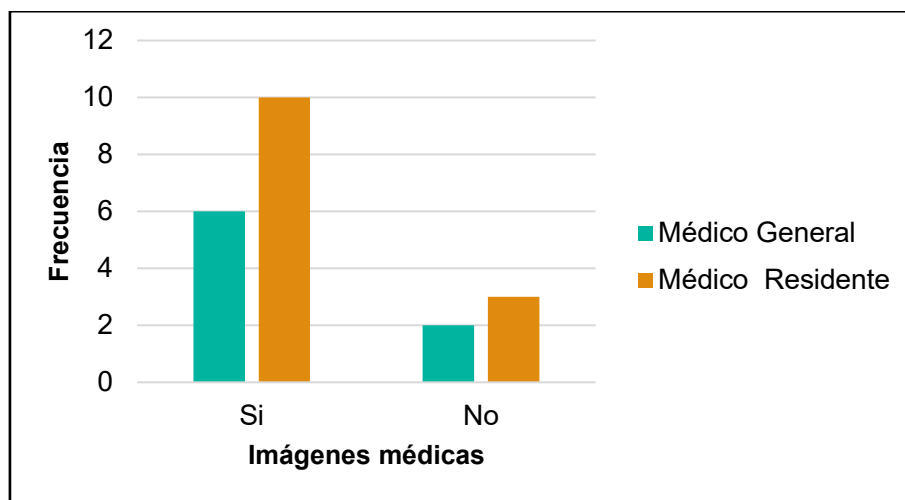
Según se observa, las y los médicos generales, mencionaron que para confirmar su sospecha diagnóstica es necesario el examen físico (16,7%), la historia clínica completa (16,7%) y la aplicación de pruebas vestibulares (16,7%). Además, señalaron otros métodos para la confirmación del diagnóstico como los síntomas que acompañan el síndrome vestibular agudo (8,3%), el resultado del electrocardiograma (8,3%), exámenes de laboratorio (8,3%), la incorporación de imágenes médicas (8,3%), la audiometría (8,3%), así como la otoscopía (8,3%).

Asimismo, entre los métodos más empleados para la confirmación del diagnóstico por parte de las y los médicos residentes de Otorrinolaringología se encuentran la maniobra de Dix-Hallpike (30,0%), el electrocardiograma (15,0%), el examen HINTS (15,0%), y el

examen neurológico (15,0%). Por último, con una menor proporción, se mencionan el examen físico completo (5,0%), pruebas vestibulares (5,0%), el uso de imágenes médicas (5,0%), la valoración de la hipotensión ortostática (5,0%) y la prueba de Romberg (5,0%).

El gráfico 2 se observa si las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología le realizarían algún estudio de imágenes médicas al paciente del caso clínico 2.

Gráfico 2. Estudio de imágenes médicas caso clínico 2.

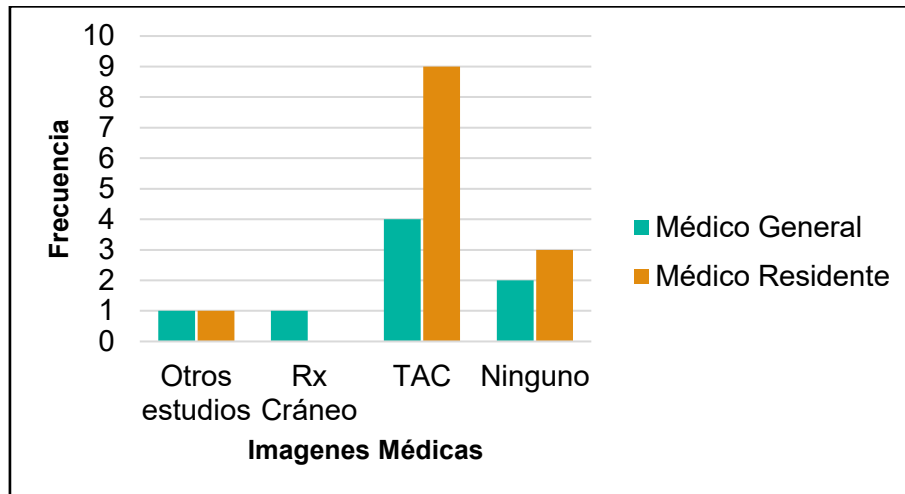


Fuente: Elaboración propia, 2020.

Como se muestra en el cuadro anterior, con respecto al uso de imágenes médicas para caso clínico 2, el 75,0% de las y los médicos generales indicó que sí realizaría un estudio de imágenes médicas al usuario, del mismo modo, el 76,9% de las y los médicos residentes de Otorrinolaringología.

En el gráfico 3 se muestra los tipos de imágenes médicas que utilizarían las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología para el abordaje clínico del paciente del caso clínico 2.

Gráfico 3. Tipos de imágenes médicas solicitados por las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología



Fuente: Elaboración propia, 2020.

Se puede observar que el 50,0% de las y los médicos generales implementarían el uso principalmente de la Tomografía Axial Computarizada, un 12,5% otros estudios, un 12,5% la radiografía del cráneo y un 25,0% no utilizaría ninguna imagen médica. Por otra parte, el 69,2% de las y los médicos residentes indicaron que utilizarían la Tomografía Axial Computarizada, el 7,7% realizaría otros estudios y el 23,1% no utilizaría ningún examen.

El cuadro 12, muestra información correspondiente al diagnóstico clínico presuntivo realizado por las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología para el caso clínico 2. Con respecto a este criterio, se les preguntó a las y los participantes cuáles eran los tres presuntos diagnósticos diferenciales de acuerdo con la historia clínica y examen físico presentado.

Cuadro 11. Diagnósticos médicos presuntivos caso clínico 2.

Criterio	Recomendación	Aspecto	Generales = 8		Residentes = 13	
			Si	No	Si	No
¿Cuáles son sus diagnósticos diferenciales? Mencione 3 en orden de sospecha.	Infarto Cerebeloso con vértigo aislado	Descompensación patología crónica	5	3	6	7
		Sobredosis farmacológica	2	6	0	13
		Síndrome de Ménière	2	6	1	12
		Hipotensión Ortostática	1	7	2	11
		VPPB	4	4	5	8
		Lesión cerebelosa	1	7	1	12
		Enfermedad Cerebro Vascular	2	6	7	6
		Neuritis vestibular	2	6	3	10
		Vértigo Central	1	7	3	10
		Vértigo periférico	2	6	2	11
		Síncope	0	8	1	12
		Trastorno de la marcha	0	8	1	12
		Lesión espacio ocupante	0	8	2	11
		Lesión Fosa Posterior	0	8	2	11

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Como puede observarse, los principales diagnósticos presuntivos por parte de las y los médicos generales según el orden de relevancia corresponden a la descompensación de las patologías crónicas que presenta el paciente, vértigo paroxístico posicional benigno y neuritis vestibular. Entre otras patologías o diagnósticos clínicos se encuentran la sobredosis farmacológica, síndrome de Ménière, hipotensión ortostática, lesión cerebelosa, enfermedad cerebrovascular, vértigo central y, por último, el vértigo periférico.

En cuanto a las y los médicos residentes de Otorrinolaringología, los principales diagnósticos clínicos mencionados según su orden de sospecha son el Vértigo Paroxístico Posicional Benigno, enfermedad cerebrovascular y la descompensación de las patologías crónicas. Asimismo, se mencionaron otras patologías como síndrome de Ménière, hipotensión ortostática, lesión cerebelosa, neuritis vestibular, vértigo central, vértigo periférico, síncope, trastorno de la marcha, lesión espacio ocupante, así como lesión de la fosa posterior.

4.1.2 Aspectos generales

Esta sección se enfoca en conocer diversos aspectos generales del abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos por parte de las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología. Entre los aspectos a evaluar se encuentran definiciones, diagnósticos más frecuentes de vértigo, la anamnesis, el examen físico y las fuentes de consulta bibliográfica científica.

El primer aspecto corresponde a cómo las y los médicos definen el término vértigo. Con respecto a las y los médicos generales, el 50,0% lo define como una sensación giratoria, ya sea del entorno o de la propia persona, el otro 50,0% lo determina como un trastorno del equilibrio acompañado de inestabilidad postural. Asimismo, se mencionaron otros aspectos para definir vértigo, por ejemplo, que puede estar acompañado de la alteración de la marcha, síntomas vestibulares, así como que su origen puede ser periférico o central. En cuanto a las y los residentes, definen el vértigo como una sensación giratoria subjetiva percibida por el usuario ya sea del entorno o de la persona que presenta el síntoma.

El segundo aspecto se relaciona con el conocimiento que tienen las y los médicos generales y residentes sobre los diagnósticos clínicos más frecuentes con respecto al vértigo. Las y los médicos generales indicaron como diagnósticos más frecuentes el VPPB (40,0%), vértigo secundario a otitis media (20,0%), hipotensión ortostática (13,3%), síndrome de Ménière (13,3%), así como la descompensación por patologías crónicas (6,7%) y neuritis vestibular (6,7%). Las y los médicos residentes mencionaron como diagnósticos clínicos más frecuentes de vértigo el VPPB (32,4%), neuritis vestibular (29,7%), síndrome de Ménière (21,6%), migraña vestibular (8,1%), vértigo postraumático (2,7%), lesión espacio-ocupante intracraneal (2,7%) y accidente cerebrovascular (2,7%).

El tercer aspecto se enfoca en conocer cuáles son los pasos ejecutados en la atención médica por las y los médicos generales y residentes al recibir a un usuario por un síndrome vestibular agudo en el servicio de urgencias. A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

Cuadro 12. Pasos que seguir para la atención médica de los síndromes vestibulares agudos en el servicio de urgencias.

Criterio	Aspecto	Generales = 8		Residentes = 13	
		Si	No	Si	No
Cuando usted recibe a un paciente con un síndrome vestibular agudo en el servicio de urgencias ¿Cuáles son los pasos que sigue en la atención médica?	Hx Clínica	7	1	9	4
	Definir vértigo	0	8	2	11
	Examen físico completo	6	2	8	5
	Signos vitales	4	4	1	12
	Pruebas vestibulares	4	4	7	6
	Maniobras diagnósticas	2	8	4	9
	Otoscopía	1	6	0	13
	Examen Neurológico	2	6	5	8
	HINTS	0	8	5	8
	Exámenes complementarios	3	5	2	11
	ECG	0	8	1	12
	Tx Antivertiginoso	2	0	2	11
Referir ORL	1	7	0	13	

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Como se observa, entre los pasos seguidos por las y los médicos generales se encuentran la historia clínica (21,9%), examen físico (18,8%), signos vitales (12,5%), pruebas vestibulares (12,5%), exámenes complementarios (9,4%), tratamiento antivertiginoso (6,3%), maniobras diagnósticas (6,3%), examen neurológico (6,3%), otoscopía (3,1%) y referencia al especialista en otorrinolaringología (3,1%).

En cuanto a las y los médicos residentes de Otorrinolaringología, entre los procedimientos para la atención médica de usuarios con síndromes vestibulares agudos se encuentran historia clínica (19,6%), examen físico (17,4%), pruebas vestibulares (15,2%), examen neurológico (10,9%), HINTS (10,9%), maniobras diagnósticas (8,7%), exámenes complementarios (4,3%), que el paciente defina el término de vértigo (4,3%), tratamiento antivertiginoso (4,3%), signos vitales (2,2%) y electrocardiograma (2,2%).

El cuadro 14, corresponde al dato clínico más relevante para las y los médicos para orientar el diagnóstico médico a una patología peligrosa o no peligrosa en la consulta.

Cuadro 13. Criterio más relevante para la orientación del diagnóstico

Criterio	Aspecto	Generales = 8		Residentes = 13	
		Si	No	Si	No
Estando en el servicio de urgencias, ¿Cuál es la pregunta más importante para orientar el diagnóstico hacia una patología peligrosa o no peligrosa?	Sx Neurológicos	3	7	6	7
	Hx Clínica	1	7	1	12
	Marcha Inestable	0	8	1	11
	Características vértigo	2	6	0	13
	Duración crisis	0	8	2	12
	Px defina vértigo	0	8	1	12
	Desencadenante	1	7	0	13
	Sx asociados	2	4	3	9

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Como se muestra, para el 37,5% de las y los médicos generales el dato clínico o la pregunta más importante son la presencia de síntomas neurológicos, los síntomas asociados al padecimiento 25,0%, las características del vértigo 25,0%, la historia clínica 12,5% y el desencadenante 12,5%.

Con respecto a los datos más relevantes para las y los médicos residentes de Otorrinolaringología, el 46,1% menciona los síntomas neurológicos, el 23,1% los síntomas asociados al síndrome vestibular agudo, el 15,4% la duración de la crisis de vértigo y el 7,7% indica la definición del paciente sobre el término vértigo, la historia clínica y la marcha inestable.

Como se observa en el cuadro 15, el primer criterio corresponde a la relevancia que tienen ciertos datos de la historia clínica para las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología para la orientación de algún caso clínico relacionado con los síndromes vestibulares agudos, basado en el protocolo Triage-TiTrATE.

Cuadro 14. Aspectos generales para el abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos.

Criterio	Recomendación	Aspecto	Generales = 8		Residentes = 13	
			Si	No	Si	No
1. ¿Cuáles elementos de la historia clínica son de mayor importancia para dirigir su diagnóstico clínico?	Datos clínicos relevantes	Detonantes del síntoma vestibular	7	1	3	10
		Duración del síntoma vestibular	0	8	7	6
	Datos clínicos menos relevantes	Tipo de síntoma vestibular	1	7	2	11
		Riesgos cardiovasculares	7	1	11	2
		Edad del paciente	7	1	10	3
Fármacos	8	0	13	0		
2. ¿Qué le realiza sistemáticamente a las y los usuarios con un síndrome vestibular agudo en el examen físico?	Conocer el abordaje clínico	Pruebas vestibulares	2	6	11	2
		Pruebas posicionales	5	3	7	5
		Exploración movimientos oculares	5	3	12	1
		Examen de la marcha	5	3	8	5
		Otoscopía	7	1	10	3

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Con respecto a las y los médicos generales, los dos datos más relevantes son el tipo de síntoma vestibular y el detonante del síntoma vestibular. Por consiguiente, los menos relevantes son la duración del síntoma vestibular, los riesgos vasculares, la edad del paciente y los fármacos.

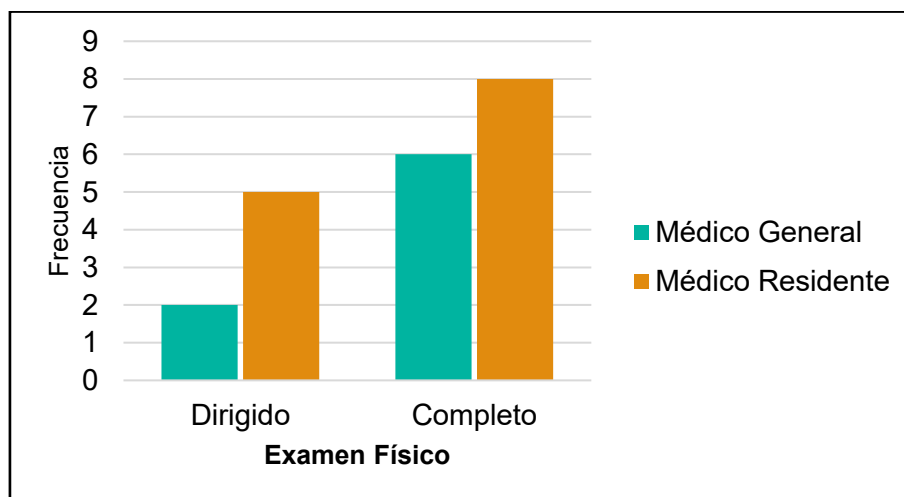
En cuanto a las y los médicos residentes en estudio, los datos clínicos más importantes son la duración del síntoma vestibular y el tipo de síntoma vestibular. En relación con los datos clínicos menos relevantes se encuentra el detonante del síntoma vestibular, los riesgos cardiovasculares, la edad del paciente y los fármacos.

Como puede observarse, el segundo criterio se enfoca en conocer cuáles son las pruebas físicas que realizan las y los médicos, generales y residentes de Otorrinolaringología, para la atención de usuarios con un síndrome vestibular agudo.

Entre las pruebas utilizadas por las y los médicos generales se encuentran las pruebas vestibulares (8,3%), pruebas posicionales (20,8%), exploración de movimientos oculares (20,8%), examen de marcha (20,8%) y la otoscopía (29,2%), siendo esta última la mayormente empleada en el examen físico. Las y los médicos residentes utilizan las pruebas vestibulares en un 22,9%, las maniobras diagnósticas en 14,6%, el examen de la marcha en 16,7%, la otoscopía en 20,8% y la exploración de movimientos oculares en 25,0%, siendo éste el examen físico principalmente aplicado.

En el gráfico 4 se observa el tipo de examen físico que realizarían las y los médicos en el servicio de urgencias al recibir a un paciente con un síndrome vestibular agudo.

Gráfico 4. Examen físico en la sala de urgencias



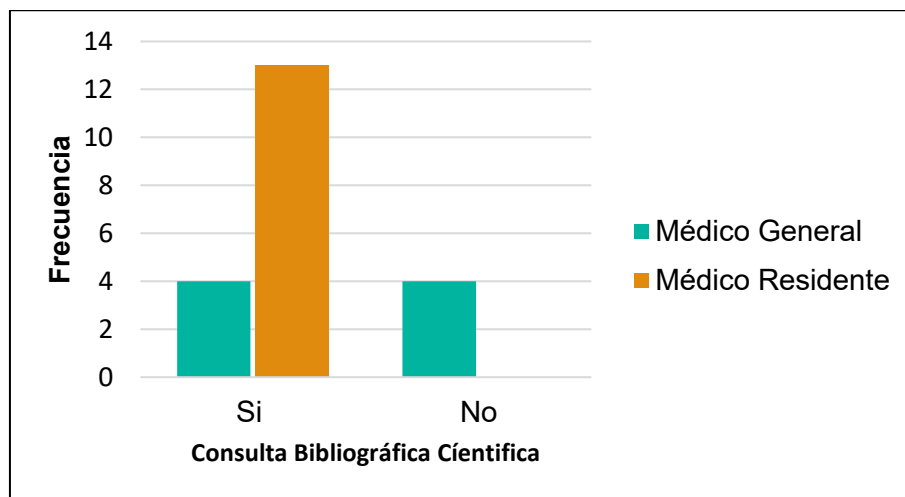
Fuente: Elaboración propia, 2020.

Como se puede observar en el cuadro anterior, el 75,0% de las y los médicos generales indicaron que realizarían un examen físico completo, por consiguiente, el 25,0% restante indicó realizar un examen físico dirigido según la historia clínica.

En cuanto a las y los médicos residentes, mencionaron que, según la historia clínica del usuario del servicio de salud, un 61,5% aplicaría un examen físico completo y el 38,5% restante emplearía el examen físico dirigido en el servicio de urgencias para el abordaje clínico del paciente con síndrome vestibular agudo.

En el gráfico 5 se puede observar si las y los participantes realizan consultas formativas relacionadas a los síndromes vestibulares.

Gráfico 5. Consultas bibliográficas científicas relacionadas a los síndromes vestibulares agudos.



Fuente: Elaboración propia, 2020.

Como se observa, el estudio determinó que sólo el 50% de las y los médicos generales realizan consultas formativas relacionadas a los síndromes vestibulares agudos. Con respecto a las y los médicos residentes de Otorrinolaringología, el 100% de los participantes indicó que sí utilizan diversas fuentes de consulta bibliográfica científica para el estudio de los síndromes vestibulares agudos.

El cuadro 16 hace referencia a cuáles son los tipos de consulta bibliográfica científica utilizada por las y los médicos generales en relación con los síndromes vestibulares.

Cuadro 15. Tipos de consulta bibliográfica científica de las y los médicos generales.

Criterio	Aspecto	N	Porcentaje
	Total	8	100.0%
¿Qué tipo de consultas realiza?	Artículos Científicos	4	50.0%
	Libros	2	25.0%
	Cursos	1	12.5%
	Internet	1	12.5%

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Como se observa, los recursos utilizados por los médicos generales corresponden a: un 8,3% a información de internet, 8,3% a cursos, un 6,7% a libros y, por último, el más utilizado corresponde a la lectura de artículos científicos, con un 33,3%.

Por otra parte, el cuadro 17 muestra los tipos de consulta bibliográfica científica utilizada por las y los médicos residentes con respecto a los síndromes vestibulares.

Cuadro 16. Tipos de consulta bibliográfica científica utilizada por las y los médicos residentes de Otorrinolaringología

Criterio	Aspecto	N	Porcentaje
	Total	35	100.0%
¿Qué tipo de consultas realiza?	Videos	1	2,9%
	Internet	4	11,4%
	Cursos	7	20,0%
	Libros	11	31,4%
	Artículos Científicos	12	34,3%

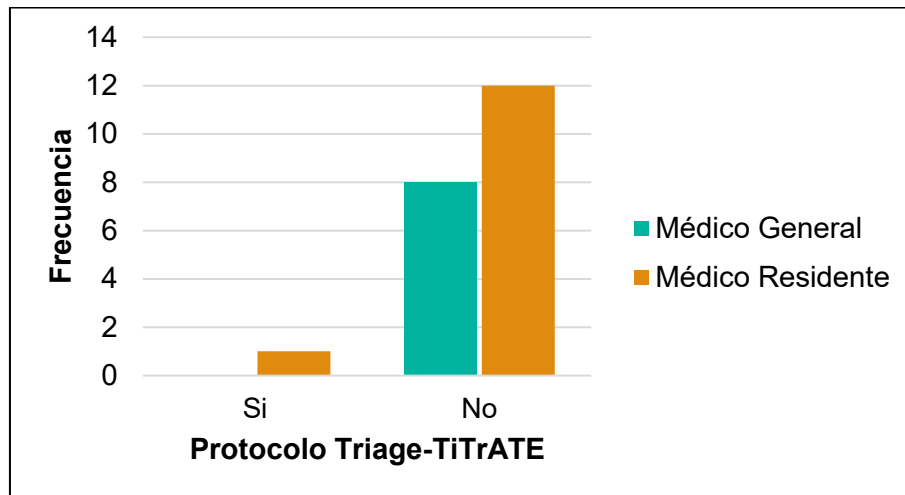
Fuente: Elaboración propia, 2020.

Como se observa en el cuadro 17, los recursos utilizados por las y los residentes de Otorrinolaringología para realizar consultas bibliográficas científicas con respecto a los

síndromes vestibulares se dividen en 34,3% artículos científicos, 31,4% libros, 20,0% cursos, 11,4% internet y 2,9% videos.

Otro de los aspectos que la investigación consideró, fue la importancia de ver el conocimiento que tienen las y los participantes en cuanto al protocolo Triage-TiTrATE. En el gráfico 6 se muestran los resultados.

Gráfico 6. Protocolo Triage-TiTrATE



Fuente: Elaboración propia, 2020.

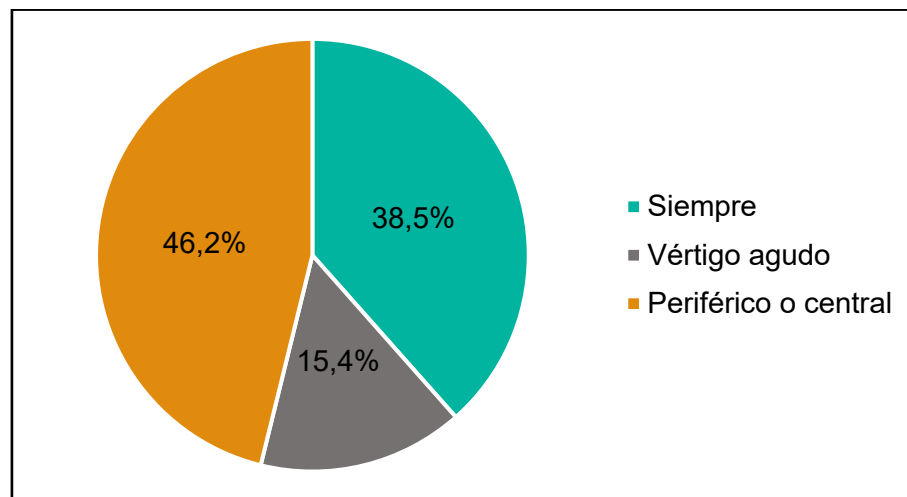
En este caso, la totalidad de las y los médicos generales no tienen conocimiento sobre éste. En cuanto a las y los médicos residentes, el 92,3% no conoce el protocolo, lo cual significa que sólo el 7,7% de los residentes si lo tienen, lo cual corresponde a un participante.

Con respecto al único participante que indicó conocer el protocolo Triage-TiTrATE, menciona que el protocolo se enfoca “en el manejo y clasificación inicial de los síndromes vestibulares en el contexto de emergencias y para uso racional, rápido y eficiente de recursos de exámenes radiológicos para descartar enfermedades cerebrovasculares”.

Asimismo, se les preguntó a las y los participantes si tienen conocimiento sobre el protocolo HINTS y su aplicabilidad. En cuanto a las y los médicos generales, el 100% indicó no conocer el mismo, al contrario de las y los médicos residentes, debido a que el 100% tienen conocimiento sobre éste.

En el gráfico 6, podemos observar la aplicabilidad del protocolo HINTS según las y los residentes de Otorrinolaringología.

Gráfico 7. Aplicabilidad del protocolo HINTS según las y los médicos residentes de Otorrinolaringología

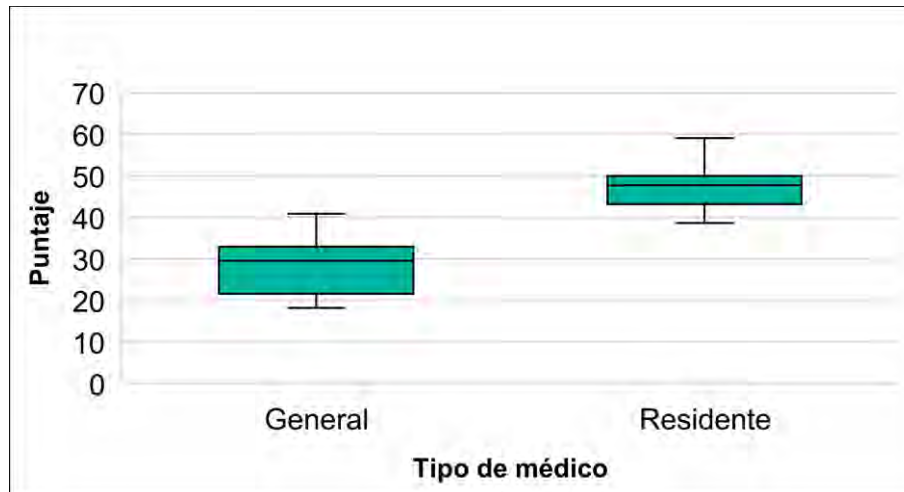


Fuente: Elaboración propia, 2020.

El 15,4% de los residentes indica que lo utilizarían en la fase aguda del vértigo, el 38,5% en todos los casos de vértigo y el 46,2% para realizar un diagnóstico diferencial, distinguiendo dónde se encuentra localizada la patología, ya sea en el sistema vestibular periférico o sistema nervioso central.

Finalmente, el cuestionario se recodificó como un test cuyo puntaje va de 0 de 44, permitiendo calcular una nota de respuesta de las y los médicos generales y especialistas en Otorrinolaringología que contestaron, a través de la reescalación de esta en un rango de 0 a 100 (puntaje / 44 * 100).

Gráfico 8. Puntaje obtenido por las y los médicos generales y especialistas del Cuestionario Abordaje Clínico Síndromes Vestibulares Agudos



Fuente: Elaboración propia, 2020.

En el gráfico anterior, se puede observar la puntuación obtenida por las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología con respecto a la aplicación del cuestionario sobre el abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos en contraste con el protocolo Triage-TiTrATE.

Con respecto a las y los médicos generales, se muestra que la media es de 28,4, con una desviación estándar de 8,2. El puntaje máximo obtenido por las y los médicos es de 40,9 y el mínimo corresponde a 18,2. Asimismo la mediana es de 29,5.

En relación con el puntaje obtenido por las y los médicos residentes de Otorrinolaringología, se observa una media de 47,9, con una desviación estándar de 5,1. El puntaje máximo equivale a 59,1 y el puntaje mínimo es de 38,64. Por otra parte, la mediana tiene un valor de 47,7.

4.2 DISCUSIÓN

En la presente sección se realiza la discusión de los resultados obtenidos de la investigación. Los datos obtenidos son sustentados principalmente por el protocolo Triage-TiTrATE y mediante publicaciones científicas relacionadas a los síndromes vestibulares agudos.

4.2.1 Discusión abordaje de casos clínicos

El abordaje clínico de un usuario que consulta los servicios de salud por un síndrome vestibular agudo debe descartar en primera instancia la presencia de algún síntoma prominente que sugiera alguna patología evidente, para luego, enfocar su atención en la clasificación del síndrome vestibular según su duración y desencadenante. Este método de atención ayuda a realizar una consulta médica dirigida en la toma de la anamnesis, el examen físico y su tratamiento, omitiendo datos innecesarios o irrelevantes para el diagnóstico clínico.

Con respecto al abordaje médico inicial del Caso Clínico 1, según las variables observadas en la primera sección del capítulo, se establece que un gran porcentaje de las y los médicos generales y residentes en Otorrinolaringología necesitan datos clínicos adicionales con respecto a la historia clínica presentada para orientar el caso clínico.

Sin embargo, de acuerdo con el protocolo Triage-TiTrATE, para dirigir el caso clínico a un diagnóstico médico, no es fundamental la incorporación de información extra con respecto a la historia clínica. La anamnesis presenta los datos necesarios para dirigir el caso clínico a un diagnóstico médico correcto.

Asimismo, las y los participantes tuvieron la oportunidad de contestar abiertamente cuáles datos de la historia clínica los ayuda a dirigir el caso a un diagnóstico. Además, se puntualizó en ciertos datos específicos de la anamnesis para compararlos con los datos mencionados abiertamente, con la finalidad de observar una concordancia entre los resultados, así como para contrastarlos con el protocolo Triage-TiTrATE.

Según el protocolo Triage-TiTrATE, los aspectos principales del caso clínico para dirigirlo a un diagnóstico médico son la característica episódica del síntoma vestibular, los segundos de duración y el desencadenante, el cual se refiere a los cambios de posición de la persona usuaria del servicio de salud. Newman-Toker y Edlow (2015), mencionan que esta nueva metodología de diagnóstico médico se basa en la temporalización y en el causante del vértigo. La temporalización hace referencia al inicio, duración y evolución del vértigo y el causante o detonante se refiere a las acciones o movimientos que pudieron provocarlo.

En primer lugar, las y los médicos generales indicaron que los aspectos que los ayudan a dirigir el caso clínico a un diagnóstico médico son principalmente la característica episódica del vértigo, la sensación giratoria, así como los síntomas. Sin embargo, al puntualizar ciertos datos de la historia clínica señalaron como datos relevantes el detonante, la sensación rotatoria y el desequilibrio durante la marcha.

Como se puede observar, existe una variabilidad en las respuestas, por lo que se puede deducir que las y los médicos generales no tienen definido cuáles aspectos clínicos son importantes para dirigir el diagnóstico médico de un síndrome vestibular. Asimismo, en ambas situaciones se mencionó sólo una de las características principales para orientar el caso clínico según el protocolo Triage-TiTrATE.

Por otra parte, las y los médicos residentes mencionaron la duración del vértigo y desencadenante como datos clínicos que los orientan a un diagnóstico médico. Asimismo, al especificar datos de la anamnesis señalaron la duración del síntoma, el detonante y el vértigo rotatorio como aspectos importantes para dirigir el caso clínico.

Se puede observar que las y los residentes de Otorrinolaringología, mantienen concordancia en relación con la duración y desencadenante del síntoma vestibular. Con respecto al protocolo Triage-TiTrATE, se mencionan dos de las tres características principales para la orientación del diagnóstico médico, siendo éstas la duración del síntoma y el detonante. Sin embargo, omiten la característica episódica del vértigo para dirigir el diagnóstico clínico.

El protocolo Triage-TiTrATE, como se mencionó anteriormente, está enfocado al diagnóstico del vértigo a partir de su temporalización y detonante; este estudio contempla cuatro síndromes vestibulares, los cuales corresponden a los síndromes vestibulares agudos espontáneos y desencadenados, y los síndromes vestibulares episódicos desencadenados y espontáneos. Cada uno de estos síndromes sugieren un diagnóstico diferencial y pruebas físicas específicas (Newman-Toker y Edlow, 2015).

El caso clínico 1, según el protocolo Triage-TiTrATE, se puede clasificar como un síndrome vestibular episódico desencadenado. Newman-Toker y Edlow (2015), mencionan que el diagnóstico del síndrome vestibular episódico desencadenado se enfoca en el examen físico, principalmente en el movimiento ocular. El objetivo del examen físico es reproducir el síntoma vertiginoso para presenciar la fisiopatología correspondiente, un nistagmo específico al realizar la prueba de Dix-Hallpike.

Con respecto a los exámenes físicos para confirmar o descartar la sospecha diagnóstica del caso clínico 1, se puede mencionar que las y los médicos harían uso de una gran diversidad de pruebas físicas, entre las cuales se encuentran principalmente la prueba de Romberg, la maniobra de Dix-Hallpike, la otoscopía, el examen HINTS y la valoración del nistagmo.

Según la historia clínica planteada en el caso clínico 1, en contraste con el protocolo Triage-TiTrATE, el examen físico se basa en el uso exclusivo de pruebas posicionales, específicamente la maniobra de Dix-Hallpike. Por lo cual, se puede observar un uso incorrecto de exámenes físicos por parte de las y los médicos, debido a que emplean gran diversidad de pruebas y no todos utilizan la maniobra de diagnóstico para dirigir el caso clínico.

El resultado que proporciona la maniobra diagnóstica ayuda a determinar el posible diagnóstico y tratamiento médico. Por ejemplo, al realizar la maniobra de Dix-Hallpike, según el protocolo Triage-TiTrATE se puede obtener cuatro posibles escenarios médicos de acuerdo con el resultado obtenido. Un posible escenario es un resultado positivo de la maniobra de Dix-Hallpike con un nistagmo atípico, esto sugiere el uso de un examen

complementario como la Resonancia Magnética. Para descartar una causa central, por ejemplo, una lesión de fosa posterior (VPPC).

El uso incorrecto de exámenes físicos puede conducir a un aumento de las cifras de morbilidad y mortalidad de la población con síndromes vestibulares. Como se observa, el caso clínico puede estar relacionado con una patología de origen central y si no se utilizan los recursos adecuados el diagnóstico puede ser incorrecto o tardío lo que podría generar grandes consecuencias a las y los usuarios que lo padecen.

La razón por la cual deben emplearse los distintos exámenes físicos es para realizar un adecuado diagnóstico diferencial. También, se mencionan otros motivos en menor proporción, sin embargo, según la metodología diagnóstica del protocolo Triage-TITrATE, el uso de exámenes físicos para descartar o confirmar una sospecha médica, se debe a la realización de diagnósticos diferenciales, lo que concuerda con lo mencionado principalmente por las y los participantes.

Con respecto a la pregunta planteada a las y los médicos sobre cuál es la característica que determina el diagnóstico al realizar pruebas posicionales, las y los médicos generales indicaron la detonación del síntoma vestibular principalmente. Asimismo, las y los médicos residentes mencionaron la aparición del nistagmo como distintivo para realizar el diagnóstico médico.

Como indica Carnevale et al. (2014), para realizar el diagnóstico correcto del caso clínico, el uso de maniobras de diagnóstico permite determinar la localización de la lesión a partir de la dirección del nistagmo encontrado. Por tal motivo, esta dirección es la característica primordial para realizar el diagnóstico mediante el uso de pruebas posicionales.

No obstante, la dirección del nistagmo no se manifestó como aspecto principal para determinar el diagnóstico médico a través del uso de las maniobras posicionales en ambas poblaciones de estudio. Esta situación en conjunto con un insuficiente uso de las maniobras de diagnóstico en casos clínicos semejantes al planteado en el caso clínico

1, puede conducir a realizar diagnósticos médicos equivocados, a pesar de que el diagnóstico corresponde a la patología más frecuente.

Con respecto a los datos concernientes al diagnóstico médico, el 80,9% de las y los médicos señalaron el diagnóstico médico correcto, el cual corresponde al VPPB, a pesar de ello, se puede observar que el abordaje médico previo a realizar el diagnóstico médico diverge o no cumple en su totalidad con las sugerencias establecidas por el protocolo Triage-TiTrATE, lo cual puede correlacionarse con los diagnósticos erróneos emitidos por un porcentaje importante de la población, mismos que corresponden al 19,1%.

Con respecto al tratamiento médico, las y los médicos generales en su totalidad mencionan el uso de fármacos para tratar dicho trastorno vestibular. Por otra parte, las y los médicos residentes basan su tratamiento tanto en fármacos como en la incorporación de otros procedimientos terapéuticos, por ejemplo, maniobras de reposicionamiento, recomendaciones y la rehabilitación vestibular.

En relación con el protocolo Triage-TiTrATE, el tratamiento médico del vértigo paroxístico posicional benigno se enfoca principalmente en maniobras de reposicionamiento para los canales semicirculares. Sin embargo, se puede observar que el tratamiento principal utilizado por las y los médicos es el farmacológico y, el uso de maniobras de reposicionamiento para el tratamiento del VPPB es nulo para las y los médicos generales y representa un porcentaje bajo para las y los residentes de Otorrinolaringología.

Carnevale et al., (2014), menciona con relación al tratamiento farmacológico que a pesar de que se hayan usado en el pasado distintos sedantes vestibulares para el tratamiento del VPPB, hoy en día, el conocimiento más detallado de la fisiopatología de éste y la elevada eficacia terapéutica de las maniobras de reposicionamiento hacen que no esté justificado su uso, con la presencia aún de autores que siguen defendiendo su utilización con la finalidad de controlar la intensidad de los síntomas.

La susceptibilidad que tienen las personas ante los síntomas presentes en los síndromes vestibulares diverge entre una y otra, por lo cual muchas veces sólo el uso de las maniobras de reposicionamiento no alivia por completo la sintomatología del paciente.

Por tal motivo, muchos médicos prescriben fármacos para controlar la intensidad de los síntomas, pero es importante mencionar que los supresores vestibulares no se pueden utilizar cotidianamente porque podrían dificultar la compensación vestibular, además, de los efectos secundarios que provocan los medicamentos.

Finalmente, se puede concluir que para el caso clínico 1 los datos clínicos más relevantes y que encasillan el tipo de síndrome vestibular, según el protocolo Triage-TiTrATE, son el desencadenante, propiamente los cambios de posición, los episodios de vértigo y la duración de segundos del síntoma vestibular. Asimismo, es importante rescatar que la maniobra de Dix-Hallpike es la prueba física esencial para comprobar o descartar la sospecha diagnóstica del presente cuadro clínico, además de que ayuda a la prescripción del tratamiento médico, el cual corresponde a las maniobras de reposicionamiento.

Como se mencionó, el diagnóstico médico del caso clínico es VPPB, conocido como uno de los trastornos vestibulares más frecuentes a nivel mundial. Por tal motivo, es importante conocer todas las características señaladas, debido a que son el punto de partida para realizar un adecuado abordaje médico. Además, el conocimiento apropiado para la atención médica de una patología tan usual evitaría un mayor deterioro de la calidad de vida en la población afectada.

Con respecto al abordaje médico inicial del caso clínico 2, según las variables observadas, un gran porcentaje de las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología indicaron que requieren datos médicos adicionales a la historia clínica presentada para orientar el diagnóstico.

Según el protocolo Triage-TiTrATE, el caso clínico 2 está catalogado como un síndrome vestibular episódico espontáneo. Este protocolo menciona que, por las características de este síndrome, la evaluación se basa casi por completo en la toma de la historia clínica, por lo cual, es de suma importancia la recopilación de la información necesaria en la anamnesis para dirigir el caso clínico a un diagnóstico médico.

El protocolo Triage-TiTrATE divide la evaluación clínica de los síndromes vestibulares episódicos espontáneos en tres posibles escenarios, los primeros dos corresponden a historias clínicas típicas de patologías vestibulares, como migraña vestibular o la enfermedad de Ménière, así como por síncope vasovagal o pánico. El tercer escenario se enfoca en historias clínicas atípicas que pudieran dirigir el caso a un posible diagnóstico médico peligroso (Newman-Toker y Edlow, 2015).

Asimismo, el protocolo menciona las características más comunes que se pueden evaluar para comprobar la peligrosidad del cuadro clínico y, en consecuencia, tomar una acción específica con respecto a la condición de la persona usuaria del servicio de salud. Entre las características se encuentran la presencia o no de síntomas cardiorrespiratorios o pérdida de la conciencia, diplopía u otros síntomas D peligrosos (disartria, disfagia, disfonía, dismetría), signos de los nervios craneales, papiledema, dolor en la zona posterior del cuello, historial de episodios de vértigo, precipitantes claros, la escala de riesgo ABCD2, o historias típicas de migraña y Ménière (Newman-Toker y Edlow, 2015).

Sin embargo, si se toma en cuenta lo estipulado por el protocolo Triage-TiTrATE se puede evidenciar que a pesar de que las y los médicos requieren mayor información para completar la historia clínica planteada, los datos clínicos solicitados no concuerdan con los lineamientos mencionados por éste, debido a que se enfocan principalmente en características como el tratamiento médico, el desencadenante, específicamente los cambios de posición, características concretas del vértigo, otros síntomas asociados, entre otras. Esta situación podría provocar que las y los médicos no orienten el caso clínico a un diagnóstico correcto ya que están omitiendo datos clínicos importantes.

Por otra parte, se puntualizó en datos específicos de la historia clínica para conocer cuáles son los aspectos clínicos más relevantes para dirigir el diagnóstico según las y los médicos, con la finalidad de contrastarlos con el protocolo Triage-TiTrATE. Como se mencionó, el protocolo descarta en primer lugar alguna posible causa clínica peligrosa, para luego enfocarse en clasificar el síndrome vestibular según su duración y desencadenante, debido a que estas características determinan el tipo de síndrome

vestibular y ayuda a realizar una consulta médica dirigida según las necesidades que presenta el usuario del servicio de salud.

En este sentido, los datos más relevantes del caso clínico son el causante del síntoma vestibular, determinado como un vértigo de aparición espontánea y la temporalización que corresponde a los episodios de vértigo con duración de 5 minutos aproximadamente. Estas características lo clasifican, como se mencionó anteriormente, como un síndrome vestibular episódico espontáneo según el protocolo Triage-TiTrATE.

En relación con lo anterior, tanto médicos generales como residentes, indicaron como datos más relevantes, el vértigo repetitivo de aparición súbita y los antecedentes personales patológicos. Sin embargo, se puede observar que sólo hay concordancia con uno de los dos datos indicados, el causante del síntoma vestibular, omitiendo como dato clínico importante la temporalización del síntoma vestibular.

Con respecto a la información referente al examen físico, se les consultó a las y los médicos qué es lo primero que realiza en el examen físico para orientar el diagnóstico del caso clínico 2. Los datos brindados por las y los médicos fueron variados, debido a la gran cantidad de pruebas mencionadas. Por lo cual, se puede deducir que no existe una guía o procedimiento determinado por los mismos para dirigir el caso clínico a un diagnóstico médico.

El protocolo Triage-TiTrATE menciona que el examen físico se dirigirá según la categorización del síndrome vestibular, además de la información aportada en la historia clínica. El caso clínico 2 está categorizado como un síndrome vestibular episódico espontáneo y su abordaje médico se centra en la toma de la anamnesis, la cual debe enfocarse en datos clínicos específicos que comprueben o descarten la peligrosidad del cuadro clínico.

Sin embargo, como se observó, los datos adicionales requeridos en la historia clínica por las y los médicos no corresponden a los datos sugeridos en el protocolo para dirigir el diagnóstico médico. El enfoque incorrecto o incompleto en la toma de la anamnesis pudo

haber generado, por consiguiente, un enfoque erróneo en el examen físico, ya que están estrechamente relacionados.

Asimismo, las y los participantes mencionaron los diferentes métodos que utilizarían para la confirmación de la sospecha diagnóstica del caso clínico 2. Entre los métodos indicados por las y los médicos se presentaron también gran diversidad de exámenes físicos, incrementando el uso de pruebas para dirigir el diagnóstico médico. Este escenario reafirma que no existe un procedimiento estandarizado por las y los participantes para comprobar el diagnóstico médico.

Por otra parte, la incorporación de exámenes físicos desproporcionados para dirigir y comprobar la sospecha diagnóstica puede conducir a un uso excesivo de recursos innecesarios para la atención médica. El uso de pruebas físicas incorrectas para la atención médica de pacientes con síndromes vestibulares genera que los resultados obtenidos proporcionen un bajo rendimiento y un escaso valor para las y los usuarios.

En relación con el uso de imágenes médicas para el caso clínico en estudio, el 76,2% de las y los médicos mencionó que realizaría un estudio de imágenes médicas al usuario. Las imágenes médicas utilizadas son la Tomografía Axial Computarizada, la radiografía de cráneo, así como otros estudios médicos. Asimismo, el 24,8% de las y los participantes indicó que no utilizarían ningún estudio de imágenes.

En consideración a lo mencionado por las y los participantes sobre el uso de otros estudios médicos para el abordaje médico del caso clínico, corresponde propiamente al electrocardiograma. Sin embargo, es importante resaltar que este examen complementario no pertenece a los estudios de imágenes médicas.

Con respecto a la información del caso clínico, Usui et al. (2019), indica que el paciente fue hospitalizado y se le realizó un TAC inicial, el cual no mostró evidencia de algún daño central. El tercer día de hospitalización, se le volvió a realizar el examen, el cual reveló una aparente lesión cerebelosa izquierda. La resonancia magnética mostró en el día 21, un infarto cerebeloso izquierdo al igual que el TAC.

Kerber y Newman-Toker (2015), mencionan en su artículo que el uso o dependencia excesiva de la Tomografía Axial Computarizada para descartar o confirmar causas neurológicas, es uno de los errores más comunes en la práctica médica. La tomografía computarizada de la cabeza es una prueba insensible para el accidente cerebrovascular isquémico agudo, por lo que su uso debe restringirse. Si es necesaria la aplicación de imágenes médicas la prueba de elección sería la Resonancia Magnética.

No obstante, se observó que un gran porcentaje de las y los médicos utilizarían el TAC como estudio clínico para el abordaje del caso clínico 2, por otra parte, ningún participante escogió la Resonancia Magnética. El uso excesivo del TAC por las y los médicos para comprobar lesiones neurológicas puede deberse a diversos factores, entre los cuales se encuentran la organización del sistema de salud costarricense, las largas filas de espera y el costo de los estudios de imágenes médicas como la Resonancia Magnética.

Asimismo, es fundamental señalar que el uso temprano e inadecuado de imágenes médicas podría interferir en el diagnóstico médico correcto, debido a que puede provocar una mala interpretación de los resultados. Por ejemplo, en el caso clínico, las imágenes médicas utilizadas inicialmente no revelaron ninguna lesión neurológica, lo que pudo sugerir que el paciente no presentaba alguna causa peligrosa, sin embargo, días después se evidenció un daño a nivel central al realizarle nuevamente otros estudios de imagen.

En cuanto a los principales diagnósticos médicos presuntivos del presente caso clínico, las y los médicos mencionan que el cuadro clínico pudo ser provocado por la descompensación de las patologías crónicas que presenta el paciente, VPPB, neuritis vestibular o a causa de una enfermedad cerebrovascular.

Sin embargo, el caso clínico presentado está diagnosticado como un infarto cerebeloso izquierdo con vértigo aislado episódico repetitivo. Como se puede observar, entre los principales diagnósticos indicados por las y los médicos se basan en patologías vestibulares periféricas o la descompensación de las enfermedades crónicas que

presenta el paciente. Asimismo, en menor proporción los participantes mencionaron diagnósticos que se enfocan en una causa neurológica.

Usui et al. (2019), menciona que el vértigo aislado es un síntoma importante del accidente cerebrovascular de la circulación posterior, se ha reportado que el 11,3% de los pacientes con vértigo aislado tienen un ictus y que la mayoría de las lesiones se localizan en el cerebelo. Asimismo, indica que del 11% al 20% de los pacientes con infarto cerebeloso presentan vértigo aislado que simula vértigo periférico. Por lo tanto, es importante que cuando las y los pacientes presenten síntomas vestibulares aislados, transitorios y repetitivos con o sin exacerbación posicional y múltiples factores de riesgos vasculares, las y los profesionales de salud presten atención especial ante la posibilidad de que el paciente manifieste un accidente cerebrovascular agudo, con la finalidad, de evitar secuelas mayores.

Finalmente, se puede concluir que para el caso clínico 2, los datos clínicos más relevantes y que ayudan a clasificar el tipo de síndrome vestibular corresponden al desencadenante, específicamente la aparición súbita del síntoma vestibular, la característica episódica del vértigo y la duración de aproximadamente 5 minutos del síntoma vestibular, lo cual lo encasilla como un síndrome vestibular episódico espontáneo. Asimismo, es relevante resaltar que la toma correcta de la anamnesis es fundamental para dirigir el diagnóstico médico, debido a que en este punto del abordaje clínico se puede reconocer la peligrosidad de la sintomatología presentada por el paciente y, por consiguiente, realizar un diagnóstico y tratamiento médico oportuno.

4.2.2 Discusión aspectos generales

Newman-Toker y Edlow, (2015), mencionan que las evidencias actuales sugieren que la distinción entre los términos vértigo y mareo es de utilidad clínica limitada. Sin embargo, es de suma importancia que las y los profesionales en salud tengan conocimiento sobre la definición correcta de los términos. Por tal motivo, la Sociedad Bàràny por medio de la Clasificación Internacional de Desórdenes Vestibulares realizó un consenso sobre la clasificación y definición de los síntomas vestibulares con el fin de facilitar la comunicación entre investigadores y clínicos, promover criterios de diagnóstico e investigación, entre otros.

Con respecto a las variables presentadas en el apartado sobre los aspectos generales de los síndromes vestibulares agudos, el primer aspecto evaluado corresponde a cómo definen las y los médicos el término de vértigo. Se puede mencionar que un 80,9% de la población define el vértigo como una sensación giratoria subjetiva percibida por el usuario, ya sea del entorno o de la persona que presenta el síntoma. El 19,1% restante lo percibe como un trastorno del equilibrio acompañado de inestabilidad postural.

Por otra parte, según la Clasificación Internacional de Desórdenes Vestibulares, el vértigo es definido como la sensación de auto movimiento de la cabeza y el cuerpo cuando éste no se produce, o bien, puede ser la sensación de un auto movimiento distorsionado durante un movimiento normal de la cabeza (Bisdorff et al., 2015).

Con respecto a lo mencionado anteriormente, se puede observar que existe cierta divergencia entre los términos empleados por las y los médicos y la definición consensuada. No obstante, analizando ambos criterios, se puede reconocer que un gran porcentaje de las y los participantes proporcionan una definición cercana a la propuesta por la ICVD, la diferencia radica en la terminología empleada por éstos.

El segundo aspecto se relaciona con el conocimiento que tienen las y los médicos en relación con los diagnósticos clínicos más frecuentes de vértigo. Entre los diagnósticos más usuales, para las y los médicos generales, se encuentran el VPPB, vértigo

secundario a otitis media e hipotensión ortostática. Por otra parte, las y los médicos residentes mencionaron el VPPB, neuritis vestibular y síndrome de Ménière.

Al respecto, Harari Masri y Roa Castro (2019), mencionan entre las principales causas de vértigo periférico, según orden de frecuencia, el vértigo paroxístico posicional benigno, neuritis vestibular, enfermedad de Ménière, laberintitis, ototóxicos, neurinoma, fístula perilinfática y traumatismos. Asimismo, indican entre las causas centrales, la migraña vestibular, ataque isquémico transitorio, infarto y hemorragia cerebelosa y esclerosis múltiple.

Como se puede observar, entre las principales causas de vértigo las y los médicos concuerdan que el VPPB es uno de los diagnósticos más frecuentes en la población. No obstante, difieren con otras patologías frecuentes de vértigo, por ejemplo, las y los médicos generales mencionan como diagnóstico médico el vértigo secundario a otitis media, sin embargo, se puede observar que no se especifica como un diagnóstico médico usual de vértigo. Por otra parte, los residentes de Otorrinolaringología poseen un conocimiento más certero sobre los diagnósticos médicos frecuentes, sin embargo, omiten las patologías de origen central.

El vértigo es un motivo de consulta frecuente en los centros de emergencia, éste puede llegar a ser incapacitante e impactar la calidad de vida de la persona que lo percibe. Al ser un síntoma subjetivo, la evaluación suele ser difícil e imprecisa, así como el diagnóstico y tratamiento médico. Por tal motivo, es importante que las y los médicos tengan un conocimiento adecuado sobre las patologías más frecuentes que se puedan presentar en la consulta médica, debido a que este conocimiento aunado a un mecanismo para el abordaje médico como el protocolo Triage-TiTrATE, podría facilitar el diagnóstico.

Por otra parte, el tercer aspecto se enfoca en conocer cuáles son los pasos ejecutados por las y los médicos en la atención clínica de un usuario que consulta por un síndrome vestibular en el servicio de urgencias. Newman-Toker y Edlow (2015), mencionan que la evidencia científica sugiere el uso de una nueva metodología diagnóstica para el abordaje del síntoma vestibular, basada en la temporalización y el desencadenante,

dividiéndolo en 6 posibles síndromes vestibulares. Cada síndrome va a sugerir un diagnóstico diferencial y examen físico específico.

Los pasos que siguen las y los médicos al recibir a un paciente con un síndrome vestibular agudo en el servicio de urgencias comprende una extensa y variable lista de procedimientos clínicos, esto sugiere que las y los participantes no tienen una guía a seguir para el abordaje de los síndromes vestibulares. Asimismo, al contrastarlo con el protocolo Triage-TiTrATE, se puede observar que no realizan una consulta médica dirigida según las necesidades de cada usuario, ya que incorporan una gran cantidad de elementos para el abordaje clínico.

El cuarto aspecto se enfoca en conocer cuál es la pregunta más importante para las y los médicos para orientar el diagnóstico a una patología peligrosa o no peligrosa en la consulta médica. De acuerdo con el protocolo Triage-TiTrATE, el abordaje médico inicial se basa primeramente en descartar causas peligrosas evidentes, para luego enfocarse en realizar diagnósticos diferenciales y exámenes físicos específicos a partir de la categorización del síntoma vestibular según su temporalización y causante (Newman-Toker y Edlow, 2015).

Por tal motivo, después de descartar algún cuadro clínico peligroso evidente, la o las preguntas más importantes en la práctica clínica se basan en esos dos factores, debido a que ayudan a guiar el caso clínico y a identificar una posible causa peligrosa no evidente. Sin embargo, según la información suministrada por las y los médicos, se menciona que es relevante conocer si existen síntomas neurológicos y otros síntomas asociados al síndrome vestibular agudo. Por otra parte, los datos basados en la temporalización y causantes del síntoma vestibular representan un porcentaje muy bajo con respecto a los otros datos clínicos, para descartar o confirmar patologías peligrosas o no peligrosas.

El quinto aspecto corresponde a la relevancia que tienen ciertos datos de la historia clínica para las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología en la orientación de un caso clínico relacionado con un síndrome vestibular agudo. Como ya se señaló, los datos clínicos más relevantes para dirigir el diagnóstico, según el protocolo

Triage-TiTrATE, se basan en la temporalización y causante del vértigo, estas características determinan el tipo de síndrome que presenta el usuario del servicio de salud y ayuda a realizar una consulta médica dirigida según las necesidades que presenta.

Los datos clínicos más relevantes para las y los médicos generales son el tipo de síntoma vestibular y el detonante. En cuanto a las y los residentes, se encuentran la duración y el tipo de síntoma vestibular como aspectos importantes para dirigir el diagnóstico. Como se observa, tanto las y los médicos generales como residentes, incluyeron solamente una característica relevante para el abordaje médico de los síndromes vestibulares agudos, sin embargo, ambos difieren en la escogencia de dicha característica, ya que uno toma en cuenta el aspecto temporal del síntoma vestibular y el otro el desencadenante como datos relevantes para el abordaje médico, lo que sugiere un enfoque diferente en la atención médica entre ambos profesionales, así como, con lo mencionado por el protocolo Triage-TiTrATE..

Asimismo, ambos médicos señalan como importante otro aspecto clínico de la historia clínica, el cual corresponde al tipo de síntoma vestibular, sin embargo, éste no representa ninguna utilidad clínica para dirigir el diagnóstico clínico (Newman-Toker y Edlow, 2015).

El sexto aspecto se enfoca en conocer cuáles son las pruebas físicas que realizan los médicos, generales y residentes de Otorrinolaringología, sistemáticamente para la atención de usuarios con un síndrome vestibular agudo. La finalidad del protocolo Triage-TiTrATE es que las pruebas o exámenes físicos realizados en la consulta médica sean de acuerdo con las características clínicas presentadas por las personas usuarias del servicio de salud. Asimismo, indica que los exámenes deberían enfocarse principalmente en estudiar los movimientos oculares de los usuarios (Newman-Toker y Edlow, 2015).

Con respecto a las pruebas físicas que deberían aplicarse sistemáticamente a los usuarios de los servicios de salud que consultan por algún síndrome vestibular agudo, se observó que las y los médicos emplean distintas pruebas simultáneamente para evaluar a las y los pacientes. Sin embargo, ciertos exámenes no deberían realizarse a

todos los usuarios sistemáticamente, por ejemplo, las maniobras de posicionamiento. Estas pruebas están destinadas específicamente a los síndromes vestibulares episódicos desencadenados por las características clínicas que presenta el cuadro clínico y su utilidad para comprobar el diagnóstico médico. Por lo tanto, su aplicación en otros tipos de síndromes vestibulares no ayudará a determinar el diagnóstico.

Se ha dicho que, uno de los objetivos principales del protocolo Triage-TiTrATE es realizar un diagnóstico médico a partir de una historia clínica y examen físico dirigido, razón que devela la importancia de conocer cuál es el método aplicado por las y los médicos para el abordaje clínico en el servicio de urgencias. Por tal motivo, se les consultó a las y los médicos si realizan exámenes físicos completos o exámenes físicos dirigidos según la historia clínica presentada por el usuario.

Al respecto, el 66,7% de las y los médicos indicaron que realizarían un examen físico completo para el abordaje del paciente en el servicio de urgencias. Como se observa, los datos revelan que un gran porcentaje de las y los médicos prefieren realizar consultas clínicas que contengan todo el gabinete de pruebas físicas para la atención de los usuarios. Sin embargo, este método va en contra de lo que propone el protocolo Triage-TiTrATE, debido a que, los objetivos principales son proporcionar una consulta médica dirigida según las necesidades del paciente, así como utilizar la menor cantidad de recursos y tiempo posibles. De este modo, sólo el 33,3% restante cumple con lo anteriormente mencionado.

Por otro lado, uno de los aspectos relevantes por conocer son los tipos de fuentes de consulta bibliográfica científica utilizadas por las y los participantes del estudio para el abordaje de los síndromes vestibulares agudos. En primer lugar, por el papel que juegan en la atención clínica de dicha sintomatología, así como la importancia que tiene el constante aprendizaje debido a la rápida evolución de la ciencia y la aparición de nuevo conocimiento científico. La actualización continua constituye una obligación ética que involucra a todos los profesionales de la salud, independientemente del área a la que pertenezcan.

En relación con lo anterior el estudio determinó que sólo el 50% de las y los médicos generales realizan consultas bibliográficas formativas relacionadas a los síndromes vestibulares agudos, mientras que las y los médicos residentes de Otorrinolaringología, esta revisión corresponde al 100% de ellas y ellos, lo que podría deberse a que se encuentran aún en su proceso formativo.

Al respecto, Klumbis (2019), afirma que el objetivo de cualquier profesional de la salud es ofrecer el mejor diagnóstico, un tratamiento óptimo y un seguimiento según las necesidades de cada paciente. Además, indica que, para estar actualizado con los nuevos avances científicos, estudios, medicamentos y tratamientos es necesaria la formación continua de los profesionales de la salud, lo que demuestra que más allá del abordaje clínico que se esté desarrollando, es relevante disponer de bibliografía de consulta, sea ésta por libros, artículos científicos, o cualquier otro mencionado por las y los participantes.

Por otro lado, la práctica médica implica un aprendizaje permanente con el objetivo de mantener actualizados los conocimientos y habilidades médicas. Al mismo tiempo, la formación continua pretende que los nuevos avances científicos sean puestos en práctica en beneficio de las y los usuarios de los servicios de salud (Fernández y Alía, 2008).

Con respecto a los avances científicos recientes para el abordaje de los síndromes vestibulares agudos, se puede mencionar el protocolo Triage-TiTrATE el cual se cataloga como un nuevo paradigma de diagnóstico basado en el tiempo, desencadenante y examen físico dirigido de los síndromes vestibulares agudos. Este enfoque se deriva de avances basados en la evidencia, mediante el uso de exámenes dirigidos llevados a cabo en distintas subpoblaciones con mareo. El protocolo se basa en las presentaciones nuevas y agudas de síntomas vestibulares.

Asimismo, este protocolo ha tomado auge y reconocimiento importante en la práctica médica internacional para el abordaje de los síndromes vestibulares debido a la eficacia de su metodología diagnóstica. Con respecto al conocimiento que tienen las y los médicos sobre este nuevo paradigma diagnóstico, se determinó que el 100,0% de las y

los médicos generales no lo conocen. En cuanto, a las y los médicos residentes, sólo un participante indicó conocerlo, lo que corresponde al 7,7% de las y los residentes. Esto podría indicar que el protocolo aún no tiene trascendencia en la práctica médica nacional.

Otro resultado importante de destacar es relacionado con la aplicación del protocolo HINTS, al respecto este es un examen para la evaluación vestibular utilizado en presentaciones de vértigo agudo propiamente y ayuda a determinar la presencia de un síndrome vestibular agudo de origen central, gracias a su sensibilidad y especificidad. El HINTS toma en cuenta tres pruebas para determinar la peligrosidad del síntoma vestibular, la prueba de impulso cefálico, las características del nistagmo, y el test de "Skew" (Cottini, Scatolini, y Femia, 2019).

Según los datos proporcionados, las y los médicos generales no tienen conocimiento sobre éste, al contrario de las y los médicos residentes, ya que el 100% de ellos indicó conocerlo. El protocolo HINTS en manos de profesionales de la salud capacitados para realizar la prueba genera resultados confiables para realizar un diagnóstico certero. Por tal motivo, el conocimiento de éste, así como del correcto uso del protocolo es fundamental en el abordaje médico de los síndromes vestibulares agudos. Sin embargo, se observó un total desconocimiento por parte de las y los médicos generales.

Asimismo, las y los médicos residentes mencionaron los casos clínicos en los cuales se aplica el protocolo HINTS, entre los que indicaron la fase aguda del vértigo, en todos los casos médicos y para realizar diagnósticos diferenciales. Esto debido, a la importancia de conocer si estos profesionales tienen el conocimiento adecuado y están capacitados para la ejecución del protocolo. Sin embargo, se puede observar que algunos médicos no conocen la finalidad del protocolo, ya que mencionan el uso de la prueba para todos los casos clínicos y no propiamente para los cuadros clínicos con vértigo agudo. Lo que indica que a pesar del conocimiento que tienen de dicho protocolo, no están capacitados para ejecutar correctamente el mismo.

Finalmente, se puede observar que el proceso diagnóstico de los síndromes vestibulares puede ser complicado para las y los profesionales en salud, debido a todas las consideraciones clínicas que se deben tomar en cuenta para realizar una atención

médica adecuada. Sin embargo, la incorporación en la práctica médica de un protocolo, como el protocolo Triage-TiTrATE, puede facilitar la atención clínica tanto para las y los profesionales de la salud como para las personas usuarias del servicio médico, debido a que se incurrirá en un correcto diagnóstico y tratamiento médico.

Por otra parte, es de suma importancia rescatar la necesidad de realizar un trabajo multidisciplinario para el abordaje de los síndromes vestibulares debido al amplio espectro de patologías y complicaciones que pueden generar estos síndromes. El equipo multidisciplinario con el que se puede contar comprende profesionales en diversas áreas de la salud como médicos generales, otorrinolaringólogos, audiólogos, emergenciólogos, neurólogos, radiólogos, terapeutas físicos, entre otros. La participación de cada uno de estos profesionales va a depender de la complejidad del cuadro clínico.

En el caso clínico 2, la presentación del cuadro clínico se dio en una unidad de neurología, esto indica que el abordaje médico no es exclusivo del médico general u otorrinolaringólogo, sino que engloba más profesionales. Asimismo, se puede requerir la participación de otros profesionales, por ejemplo, el audiólogo puede colaborar en la evaluación auditiva para comprobar si existe alguna alteración como hipoacusia, tinnitus, o bien, para la evaluación vestibular. Además, su participación puede requerirse para comprobar secuelas posteriores, por lo cual, es un recurso humano que podría contribuir de forma importante en la atención del usuario de salud.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente capítulo incluye las conclusiones y recomendaciones producto del análisis y discusión de los datos.

5.1 Conclusiones

El correcto abordaje médico de los síndromes vestibulares agudos es un desafío en la práctica médica, debido a la complejidad de la sintomatología y la afectación en los usuarios que lo padecen. Por tal motivo, es importante conocer aspectos en el abordaje clínico para mejorar, con el objetivo de brindar a la población una atención médica de calidad y de acuerdo con sus necesidades.

Como principales conclusiones de la presente investigación se tienen las siguientes:

- a. La población en estudio realiza un esfuerzo por realizar una buena atención médica a las y los pacientes que consultan por algún síndrome vestibular, no obstante, se puede observar que no están totalmente capacitados para brindar una consulta óptima de acuerdo con las necesidades de cada persona usuaria del servicio de salud. Esto debido a que en ciertos puntos del abordaje médico tienen noción de los pasos a seguir, sin embargo, no se ejecutan correctamente.
- b. El consenso sobre las definiciones de los síntomas vestibulares por parte de la Sociedad Bèrany a través de la Clasificación Internacional de Desórdenes Vestibulares, permite facilitar la comunicación entre los investigadores y clínicos y promover criterios de diagnóstico e investigación. Sin embargo, mediante la presente investigación se logró observar que no existe uniformidad en la definición del término vértigo por parte de las y los participantes, principalmente de las y los médicos generales, lo que significa que existe un desconocimiento de las definiciones consensuadas de este y otros términos asociados a los

síntomas vestibulares. El uso incorrecto de estas definiciones puede conducir a una mala comprensión y manejo en la práctica médica.

- c. El desconocimiento que tienen gran parte de las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología con respecto al abordaje de los síndromes vestibulares indica que las consultas bibliográficas científicas sobre el tema son escasas entre las y los participantes, así como desactualizadas. Además, es importante mencionar que los residentes de Otorrinolaringología se encuentran aún en proceso de formación académica, sin embargo, se logra observar un vacío informativo con respecto a temas vestibulares.
- d. Se puede evidenciar que no existe una actualización bibliográfica científica constante de los síndromes vestibulares por parte de las y los participantes, ya que, el 95,2% de las y los participantes no tienen conocimiento sobre el protocolo Triage-TiTrATE, el cual es un nuevo protocolo de diagnóstico de los síndromes vestibulares para el primer nivel de atención médica. Asimismo, el 100% de las y los médicos generales no tienen conocimiento sobre el protocolo HINTS, el cual es un mecanismo relevante para el diagnóstico diferencial de síndromes vestibulares agudos.
- e. En relación con el protocolo HINTS, se observó que la aplicabilidad de este no está definida correctamente por la totalidad de las y los médicos residentes de Otorrinolaringología, lo que significa que existe un uso indebido del protocolo en el abordaje de los síndromes vestibulares agudos. El uso incorrecto de este puede generar una interpretación errónea de los resultados y, por consiguiente, un mal diagnóstico médico.
- f. Las nuevas investigaciones científicas propusieron un nuevo enfoque de diagnóstico, el protocolo Triage-TiTrATE, basado en la temporalización y desencadenante del síndrome vestibular. Sin embargo, al realizar el contraste del abordaje clínico de los síndromes vestibulares por parte de las y los médicos generales y residentes con el protocolo, se comprueba que aún existe una sobre

relevancia en otras características del síntoma vestibular, como el tipo de síntoma y la sensación rotatoria, las cuales, según la evidencia científica son de poca utilidad clínica para dirigir el diagnóstico en el síndrome vestibular.

- g. Los datos clínicos y exámenes físicos requeridos por las y los médicos generales y residentes para el abordaje médico de los síndromes vestibulares son muy variables y extensos, lo que indica que no existe una ruta de atención médica dirigida según las necesidades de la persona usuaria del servicio de salud.
- h. Según el protocolo Triage-TiTrATE, los exámenes físicos deben enfocarse principalmente en el estudio de los movimientos oculares del paciente, con la finalidad de hallar rasgos fisiopatológicos que permitan dirigir el diagnóstico médico. Sin embargo, las pruebas físicas utilizadas por las y los médicos para el abordaje de los síndromes vestibulares, en primer lugar, no están enfocadas principalmente en la exploración de los movimientos oculares y, segundo, presentan una gran variabilidad de exámenes físicos, lo que puede complicar la atención médica.
- i. Mediante la investigación, se concluyó que las y los participantes, no tienen un conocimiento adecuado del abordaje clínico de los síndromes vestibulares episódicos desencadenados, ya que no consideran como relevantes ciertos aspectos clínicos específicos para dirigir el diagnóstico a partir de la anamnesis, por ejemplo, la característica episódica, la duración y desencadenante del síntoma vestibular, así como, del uso de las maniobras de diagnóstico en lo que respecta al examen clínico.
- j. En relación con las y los participantes, se observó que a pesar de que gran parte de las y los médicos utilizaría algún estudio de imagen médica para abordar casos clínicos con sospecha neurológica, el tipo de estudio utilizado no corresponde al ideal para observar la lesión debido a la baja sensibilidad que tiene. Asimismo, el uso incorrecto de las imágenes médicas podría deberse a que, en Costa Rica, la seguridad social, cuenta con un uso limitado de los

recursos, por lo cual, ciertos estudios médicos no pueden utilizarse con alta frecuencia, como la Resonancia Magnética, y se deben adaptar a otros estudios como la Tomografía Axial Computarizada.

- k. En cuanto al diagnóstico médico, las y los médicos generales y residentes de Otorrinolaringología confunden los diagnósticos médicos de causas centrales con patologías periféricas, la similitud entre los síntomas genera una confusión en el abordaje clínico, asimismo, por el desconocimiento de los aspectos clínicos relevantes para la diferenciación de ambos casos.
- l. Con respecto al tratamiento médico utilizado por las y los médicos para los síndromes vestibulares, se puede señalar que existe un uso excesivo en la prescripción de fármacos, específicamente antivertiginosos y antieméticos, para tratar patologías o diagnósticos médicos que no lo requieren.
- m. A nivel internacional cada vez más los profesionales en audiología se involucran en el área vestibular, por tal motivo, la realización de nuevas investigaciones permite que los profesionales se incorporen poco a poco en la atención médica de patologías vestibulares. Con respecto al aporte de la investigación al área de la salud y la Audiología propiamente, se puede mencionar que conocer los resultados del estudio sobre el abordaje clínico de los síndromes vestibulares por parte de las y los médicos ayuda a tener un panorama claro de la situación actual del país en cuanto a la atención médica de estos síndromes.
- n. El abordaje multidisciplinario de los síndromes vestibulares es de suma importancia, debido al papel que cumplen cada una de las profesiones que puedan requerirse, según el nivel de complejidad que presente el cuadro clínico. Asimismo, el aporte clínico de cada profesional puede generar un proceso diagnóstico más eficaz y oportuno.
- o. Con respecto al diseño metodológico elegido, se concluye que el uso del estudio observacional descriptivo permitió contrastar los aspectos involucrados en el

abordaje clínico de los síndromes vestibulares entre las y los médicos generales y especialistas, con el protocolo Triage-TiTrATE. Asimismo, la metodología empleada en el estudio determina la discrepancia del proceso diagnóstico y la necesidad de implementar estrategias de mejora para la atención de los síndromes vestibulares.

5.2 Recomendaciones

De acuerdo con la información obtenida del estudio, se proponen las siguientes recomendaciones dirigidas a diferentes entidades:

A la jefatura de la Unidad de Servicios de Salud y al coordinador del Posgrado de Otorrinolaringología y Cirugía en Cabeza y Cuello:

- Difundir los resultados obtenidos del estudio entre las y los médicos generales de la Oficina de Bienestar y Salud y las y los médicos residentes del Posgrado de Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica, mediante los encargados de cada área.

A las y los médicos generales y residentes del Posgrado de Otorrinolaringología:

- Mantener una formación continua con respecto a temas de interés laboral, en este caso, sobre los síndromes vestibulares agudos específicamente, con la finalidad de mantener una constante actualización de sus conocimientos y habilidades en pro de mejorar la calidad del servicio.

A la Oficina de Bienestar y Salud de la Universidad de Costa Rica se les recomienda:

- Fomentar la formación continua de todo el personal médico mediante la implementación de cursos o capacitaciones actualizadas según los nuevos avances científicos con respecto al abordaje clínico de los síndromes vestibulares y otros temas afines.
- Implementar en la práctica clínica de las y los médicos generales los protocolos para la atención de los síndromes vestibulares, el protocolo Triage-TiTrATE y el protocolo HINTS, según corresponda.

Al Posgrado de Otorrinolaringología de la Universidad de Costa Rica:

- La renovación del plan de estudios mediante la incorporación de temas actualizados concernientes al Sistema Vestibular, por ejemplo, un ajuste con respecto a las patologías y/o diagnósticos médicos más frecuentes, protocolos médicos para el abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos, como el protocolo Triage-TiTrATE y el examen HINTS.

A la Caja Costarricense del Seguro Social:

- Implementar el protocolo Triage-TiTrATE en los servicios de atención primaria y el servicio de emergencias con la finalidad de proveerle a los usuarios de los servicios de salud, un abordaje médico enfocado según cada necesidad. Esto, evita el uso indiscriminado de recursos y tiempo.

A futuros investigadores e investigadoras se les recomienda:

- Replicar el estudio con poblaciones de estudio más numerosas, incorporando otros profesionales en salud, por ejemplo, los emergenciólogos. Además, abarcar una mayor zona geográfica involucrando distintos centros médicos del país que cuenten con diferentes condiciones laborales.

A la Escuela de Tecnologías en Salud y la carrera de Audiología:

- Respaldar a través de los cursos impartidos en la carrera de Audiología, el papel de la y el audiólogo en la evaluación vestibular, así como la necesidad de incursionar en este ámbito laboral, generando oportunidades de empleo como parte del equipo interdisciplinario, esto debido al conocimiento que tienen las y los audiólogos sobre la fisiología vestibular.

A la carrera de Medicina y Cirugía:

- Revisar los contenidos del plan de estudios de Medicina y Cirugía relacionados con los síndromes vestibulares, con la finalidad de incluir temas actualizados sobre las patologías vestibulares más frecuentes y protocolos médicos adaptados a la atención primaria en salud.

Referencias bibliográficas

- Alcalá, T., Lambert, M., & Suárez, A. (2014). Enfoque clínico del vértigo desde la Atención Primaria de Salud Clinical approach of vertigo from the Primary Health Care. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 13(3), 394–405. Retrieved from <http://scielo.sld.cu>
- Bahamondes, P. (2012). Síndrome Vertiginoso: Protocolo de manejo en establecimientos de menor complejidad y derivación a nivel especialidad. *Dirección Servicio de Salud Coquimbo*. Chile.
- Binetti, A. C. (2015). Fisiología vestibular. *Revista Faso*, (1), 14–21.
- Bisdorff, A., Staab, J., & Newman-Toker, D. (2015). Overview of the International Classification of Vestibular Disorders. *Neurologic Clinics*, 33(3), 541–550. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2015.04.010>
- Breinbauer, H. (2016). Evaluación Vestibular En 2016. Puesta Al Día. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(6), 863–871. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2016.09.017>
- Carnevale, C., Muñoz-Proto, F., Rama-López, J., Ferrán-de la Cierva, L., Rodríguez-Villalba, R., Sarría-Echegaray, P., ... Tomás-Barberán, M. (2014). Manejo del vértigo posicional paroxístico benigno en atención primaria. *Semergen*, 40(5), 254–260. <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2014.01.001>
- Cottini, A., Scatolini, L., & Femia, P. (2019). El valor del HINTS en el diagnóstico del síndrome vestibular agudo de origen central, (1), 16–24.
- Edlow, J., Gurley, K., & Newman-Toker, D. (2018). A New Diagnostic Approach to the Adult Patient with Acute Dizziness. *Journal of Emergency Medicine*, 54(4), 469–483. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.12.024>
- Edlow, J., & Newman-Toker, D. (2016). Using the Physical Examination to Diagnose Patients with Acute Dizziness and Vertigo. *Journal of Emergency Medicine*, 50(4),

617–628. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.10.040>

Espinosa-Sánchez, J., & López-Escámez, J. (2013). Migraña vestibular: Un diagnóstico emergente. *Acta Otorrinolaringologica Espanola*, 64(6), 387–388. <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2013.06.006>

Fernández Mondejar, E., & Alía, E. I. (2008). Formación médica continuada y desarrollo profesional continuo. Una obligación compartida. *Medicina Intensiva*, 32(1), 1–2. [https://doi.org/10.1016/S0210-5691\(08\)70895-7](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(08)70895-7)

Fernández, P. (2001). Tipos de estudios clinico epidemiológicos. *Investigacion*, 1–9.

Goh, L. (2018). Dizziness Update : a new approach and treatment based on triage , timing and triggers . *Arch Gen Intern Med*, 2(2).

Grill, E., Penger, M., & Kentala, E. (2015). Health care utilization, prognosis and outcomes of vestibular disease in primary care settings: systematic review. *Journal of Neurology*, 263, 36–44. <https://doi.org/10.1007/s00415-015-7913-2>

Harari Masri, N., & Roa Castro, F. (2019). Vértigo: revisión de los principales trastornos periféricos y centrales. *Anales Médicos de La Asociación Médica Del Centro Médico ABC*, 64(4), 290–296. <https://doi.org/10.35366/bc194j>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación. Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Hueso, A., & Cascant, M. (2012). *Metodología y Técnicas Cuantitativas de Investigación. Cuadernos docentes en procesos de desarrollo* (Vol. 1). Retrieved from <http://cuadernos.dpi.upv.es/>

Jalil, J., Castro, M., Martínez, D., Pérez, D., & Sánchez, D. (2014). Perfil clínico y poblacional de pacientes con vértigo. Clínica Occidente de Otorrinolaringología, Medellín, Colombia TT. *Acta Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*,

42(3), 152–157. Retrieved from <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-753406>

Kerber, K. A., & Newman-Toker, D. E. (2015). Misdiagnosing Dizzy Patients: Common Pitfalls in Clinical Practice. *Neurologic Clinics*, 33(3), 565–575. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2015.04.009>

Klumbis, J. (2019). Formación médica continua. Retrieved from <http://www.pmfarma.es/articulos/2708-formacion-medica-continua.html>

Lopez-Escamez, J., Carey, J., Chung, W. H., Goebel, J., Magnusson, M., Mandalà, M., ... Bisdorff, A. (2016). Criterios diagnósticos de enfermedad de Menière. *Acta Otorrinolaringologica Espanola*, 67(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2015.05.005>

Manterola, C., & Otzen, T. (2014). Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *International Journal of Morphology*, 32(2), 634–645. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042>

Martyniuk, V. (2012). Caso clínico . Revisión bibliográfica. Vértigo posicional paroxístico benigno. Retrieved from <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4741/1/Caso-clinico.-Revision-bibliografica.-Vertigo-posicional-paroxistico-benigno>

Musso, J., Flores, G., & Cabezas, G. (2019). Evaluación inicial del paciente con mareos y vértigo. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 44(1), 51–58. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v44i1.1373>

Neuhauser, H. K., & Lempert, T. (2009). Vertigo: Epidemiologic aspects. *Seminars in Neurology*, 29(5), 473–481. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1241043>

Newman-Toker, D., & Edlow, J. (2015). TiTrATE: A Novel, Evidence-Based Approach to Diagnosing Acute Dizziness and Vertigo. *Neurologic Clinics*, 33(3), 577–599. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2015.04.011>

- OCDE. (2017). Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: Costa Rica.
- Rivas, J., & Ariza, H. (2007). *Tratado de Otología y Audiología*. Bogotá: Amolca.
- Rouvière, H., & Delmas, A. (2005). *Anatomía Humana Descriptiva, Topográfica y Funcional* (11° Edición). Barcelona: Masson.
- Salesa, E., Parelló, E., & Bonavida, A. (2013). *Tratado de Audiología* (2° Edición). Barcelona: Elseiver Masson.
- Tambussi, A., Ruiz, A., Bucay, C., & Conde, D. (2012). Consenso para el diagnóstico y tratamiento del síncope. *Revista Argentina de Cardiología*, 80(1), 69–90.
- Universidad de Costa Rica. (2019). Historia Oficina de Bienestar y Salud. Retrieved from <https://obs.ucr.ac.cr/historia/>
- Usui, M., Mashiko, T., Tsuda, M., Suzuki, M., Matsuzono, K., Ozawa, T., ... Fujimoto, S. (2019). Repetitive Episodic Isolated Vertigo in a Patient with Cerebellar Infarction. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 28(7), e98–e99. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.03.051>
- Venhovens, J., Meulstee, J., & Verhagen, W. (2016). Acute vestibular syndrome: a critical review and diagnostic algorithm concerning the clinical differentiation of peripheral versus central aetiologies in the emergency department. *Journal of Neurology*, 263(11), 2151–2157. <https://doi.org/10.1007/s00415-016-8081-8>
- Zhao, J., Piccirillo, J., Spitznagel, E., Kallogjeri, D., & Goebel, J. (2011). Predictive capability of historical data for diagnosis of dizziness. *Otology and Neurotology*, 32(2), 284–290. <https://doi.org/10.1097/MAO.0b013e318204aad3>
- Zúñiga, E. (2008). Actualización del Programa de Posgrado en Otorrinolaringología. *Universidad de Costa Rica Sistema de Estudios de Posgrado*. San José.

Anexos

Anexo 1. Cuestionario Abordaje Clínico Síndromes Vestibulares Agudos

Número de Formulario _____



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
ESCUELA TECNOLOGÍAS EN SALUD
LICENCIATURA EN AUDIOLOGÍA

Médico:	<input type="checkbox"/> General Años laborando:	<input type="checkbox"/> Residente Año de residencia:
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino Edad:		

El presente instrumento tiene como objetivo recopilar información acerca del abordaje clínico de los síndromes vestibulares agudos por parte de las y los médicos generales y residentes de otorrinolaringología. El cuestionario consta de dos secciones, las respuestas deben ser concretas y claras. Todas las preguntas deben responderse en su totalidad. Las respuestas se tratarán de forma anónima y los datos serán confidenciales, su uso es puramente académico para la realización de una tesis para optar por el grado de Licenciatura en Audiología de la Universidad de Costa Rica.

Fecha de llenado de formulario: ____ / ____ / ____

I. Parte

Instrucciones: En esta sección encontrará dos casos clínicos típicos de usuarios y usuarias que han consultado por un síndrome vestibular agudo en los servicios de urgencias. Responda las preguntas que se le indican en forma clara y legible, según su criterio médico para el abordaje de cada uno de los cuadros clínicos. No omita ninguna pregunta y conteste cada una según el orden de aparición.

Caso clínico 1.

Paciente masculino de 57 años acude al servicio de urgencias por vértigo.

Historia Clínica:

No presenta antecedentes clínicos de relevancia. Consulta debido a que ha presentado cuatro episodios de vértigo rotatorio de segundos de duración, desencadenados por cambios de posición de la cabeza y cuerpo. Además, está acompañado de náuseas, vómitos y sudación profunda. Refiere desequilibrio durante la marcha.

1.1 ¿Cuál otro dato clínico requiere del usuario para orientar el diagnóstico?	
1.2 Según la historia clínica, ¿Cuál aspecto lo dirige a un diagnóstico?	
1.3 ¿Cuáles datos son los más importantes para orientar el diagnóstico? Enumérelos según orden de importancia siendo el 1 el más relevante. () Se detona al cambiar de posición () Tiene 57 años () Ha presentado 4 episodios () Síntomas neurovegetativos () Vértigo rotatorio () Episodios duran segundos () Desequilibrio en la marcha	

Examen físico:

- Signos vitales: presión arterial: 130/90 mmHg. Frecuencia cardiaca: 72 l/m. Frecuencia respiratoria: 16 r/m. Temperatura: 36,4°C.
- Signos neurológicos ausentes.
- Presenta latero pulsión izquierda en la prueba de marcha

1.1 Según la historia clínica ¿Qué es lo primero que realiza en el examen físico para confirmar o descartar su sospecha diagnóstica?

1.2 ¿Por qué considera que lo que realiza puede confirmar o descartar el diagnóstico clínico?

1.3 Si le realiza pruebas posicionales al usuario, ¿Qué es lo que determina el diagnóstico?

- () Detonación del síntoma
- () Dirección del nistagmo
- () Duración del síntoma
- () Aparición del nistagmo

1.4 ¿Cuál es el diagnóstico médico presuntivo?

1.5 ¿Le prescribe algún tratamiento al usuario?

Caso clínico 2.

Paciente masculino de 63 años acude al servicio de emergencias por vértigo.

Historia Clínica:

Presenta antecedentes clínicos de diabetes, hipertensión, fibrilación auricular y bloqueo auriculoventricular con implantación de marcapasos. Consulta por repetidos episodios de vértigo rotatorio de aparición súbita que duran 5 minutos aproximadamente. No presenta otros síntomas vestibulares.

Presentó vértigo episódico transitorio repetitivo, que a veces fue evocado por cambios en la posición del cuerpo.

1.1 ¿Requiere algún otro dato clínico del paciente para orientar su diagnóstico? ¿Cuál?

1.2 ¿Cuáles datos son los más importantes para dirigir el diagnóstico? Enumérelos según orden de importancia siendo el 1 el más relevante.

- () Vértigo repetitivo de aparición súbita
- () Tiene 63 años
- () Antecedentes patológicos
- () Vértigo rotario
- () Episodios tienen una duración de 5 minutos
- () No presenta otros síntomas

Examen físico:

- Signos neurológicos ausentes
- Vértigo recurrente en la prueba de marcha.
- Nistagmo izquierdo horizontal espontáneo

1.3 Según la historia clínica ¿Qué es lo primero que realiza en el examen físico para dirigir su diagnóstico?	
1.4 ¿Cómo confirma su sospecha diagnóstica?	
1.5 ¿Le realizaría algún estudio de imágenes médicas al paciente?	
1.6 ¿Cuáles son sus diagnósticos diferenciales? Menciones 3 en orden de sospecha.	

II. Parte

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de preguntas sobre aspectos generales del abordaje médico de los síndromes vestibulares agudos.

Responda sobre los espacios en blanco de cada pregunta lo que se le solicita. Deben contestarse de forma concisa y letra legible. Lea cuidadosamente cada enunciado.

2.1 ¿Qué es vértigo?

2.2 ¿Cuáles son los diagnósticos médicos más frecuentes de vértigo?

2.3 Cuando usted recibe a un paciente con un síndrome vestibular agudo en el servicio de urgencias ¿Cuáles son los pasos que sigue en la atención médica?

2.4 Estando en el servicio de urgencias, ¿Cuál es la pregunta más importante para orientar el diagnóstico hacia una patología peligrosa o no peligrosa?

2.5 ¿Cuáles elementos de la historia clínica son de mayor importancia para dirigir su diagnóstico clínico? Enumérelos según orden de importancia siendo el 1 el más relevante.

- Tipo de síntoma vestibular
- Riesgos cardiovasculares
- Duración del síntoma vestibular
- Edad del paciente
- Fármacos
- Detonantes del síntoma vestibular

2.6 ¿Qué le realiza sistemáticamente a las y los usuarios con un síndrome vestibular agudo en el examen físico?

- Pruebas vestibulares
- Pruebas posicionales
- Exploración movimientos oculares
- Examen de la marcha
- Otoscopía

2.7 Al recibir a una o un usuario en urgencias, ¿Cómo le realiza el examen físico?

- Examen físico completo
- Examen dirigido según la historia clínica

2.8 ¿Realiza consultas bibliográficas formativas relacionadas a los síndromes vestibulares agudos?

- No
- Si

2.9 ¿Qué tipo de consultas realiza?

Artículos científicos

Libros

Cursos

Internet

No consulta

Otros. Especifique _____

2.10 ¿Conoce el Protocolo Triage-TiTrATE?

No

Si ¿En que se enfoca el protocolo? _____

2.11 ¿Conoce el protocolo HINTS?

No

Si ¿En qué casos se aplica? _____