



## RESOLUCIÓN EXENTA N°: 2502 30/12/2022


**MATERIA:** Aprueba Protocolo Vértigo Paroxístico Posicional Benigno

JRR/ELF/HPR/PN /FBV/RMP

**VISTOS:** La necesidad de aprobar el documento denominado **“Protocolo Resolución en Red Vértigo Posicional Paroxístico Benigno”** del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, versión 1.0”; teniendo presente lo contemplado en el artículo 8º, Párrafo II, letra G) del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, aprobado por Decreto Supremo N°140 de 2004, de Salud; Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2005 de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763/79 y de las Leyes N°18.933 y N°18.469; Resolución N°7 de 2019, de Contraloría General de la República y las facultades que me confiere el Decreto Afecto N°21 de 05 de Agosto de 2021, de Salud, dicto la siguiente:

### RESOLUCION:

1. **APRUEBASE** el documento denominado: **“Protocolo Resolución en Red Vértigo Posicional Paroxístico Benigno”** del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, versión 1.0

	<b>PROTOCOLO DE RESOLUCIÓN EN RED SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE</b>		
	Código	PTC-DPGH	Versión
	Fecha Versión	Diciembre 2022	
Fecha próxima revisión	Diciembre 2025	<b>1.0</b>	

Protocolo de Resolución en RED  
Red de atención ambulatoria

**Otorrinolaringología Adulto  
Vértigo Posicional Paroxístico Benigno**

Sub Red Cordillera  
Sub Red la Florida  
Sub Red Santa Rosa

**AÑO 2022**

	<b>PROTOCOLO DE RESOLUCIÓN EN RED</b>		
	<b>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE</b>		
	Código	PTC-DPGH	Versión
	Fecha Versión	Diciembre 2022	
Fecha próxima revisión	Diciembre 2025		
			<b>1.0</b>

**Protocolo de Resolución en RED**  
**Vértigo Posicional Paroxístico Benigno**  
**Red de atención ambulatoria**

	<i><b>Elaborado por</b></i>	<i><b>Revisado por</b></i>	<i><b>Aprobado por</b></i>
<i>Nombre, cargo y firma</i>	Dr. Matías Alvarez Baeza. Médico Otorrinolaringólogo, Hospital Clínico Metropolitano La Florida, Dra. Eloísa Díaz Insunza	Dra. Elisa Llach Fernández. Jefa DPGH- SSMSO  Dra. Jenny Velasco Peralta DPGH -SSMSO  Dra. Mariola Mestanza Yépez. DPGH SSMSO	Dr. Fernando Betanzo Vallejos Director SSMSO  Dra. Patricia Navarrete Mella Subdirectora de Gestión Asistencial del SSMSO
	Dra. Soledad Palma Rojas. Médico Otorrinolaringólogo, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río	EU. Maria Francisca Molina Pérez. DPGH -SSMSO  AASS, Patricia Orellana Saavedra. DPGH- SSMSO	    
Fecha. Diciembre 2022			

## CONTENIDO

1. Introducción .....	4
2. Objetivos.....	4
3. Población objetivo.....	4
4. Antecedentes clínicos .....	5
4.1. Definición .....	5
4.2. Causas de vértigo .....	5
4.3. Clasificación de las patologías vestibulares: .....	5
4.4. Presentación clínica .....	6
4.5. Tratamiento No Farmacológico .....	8
4.6. Tratamiento Farmacológico .....	9
5. Proceso de referencia y contrareferencia. ....	10
5.1. Proceso de referencia y contrareferencia del proceso clínico .....	10
5.2. Referencia y contrareferencia proceso administrativo. ....	11
6. Mapa de Derivación en Red (MDD) .....	14
6.1. SubRed La Florida.....	14
6.2. SubRed Santa Rosa.....	14
6.3. SubRed Cordillera.....	15
7. Diagrama del flujo de proceso de referencia y contrareferencia .....	16
7.1. Diagrama descriptivo vértigo posicional paroxístico benigno.....	16
8. Responsables de la aplicación del protocolo.....	18
9. Glosario o abreviaciones .....	18
10. Referencia bibliográfica.....	19
11. Anexos.....	20
Anexo1: Equipo de trabajo de protocolo resolutivo en red. ....	20

## 1. Introducción

La prevalencia a lo largo de la vida de síntomas vestibulares es de 80%, en la actualidad los pacientes suelen reportar al menos 2-3 palabras para describir sus síntomas(1), por lo que para la evaluación sistemática mareo y vértigo se usan como sinónimos.

El vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) corresponde al subgrupo de crisis cortas y es la causa etiológica de vértigo más frecuente de la población general. Según la literatura al menos 25% de los pacientes con motivo de consulta vértigo o mareo corresponden a VPPB(2), siendo este más común en mujeres de edad avanzada, con un peak de incidencia en la 6ta década de la vida.(3) . La tasa de recurrencia del VPPB es elevada estimándose en torno a un 15-20 % de los casos (4,5). Su tratamiento se basa en maniobra de reposición de partículas con un éxito al primer intento de 75%. (6) La elevada carga de enfermedad secundaria al VPPB, se basa en su asociación a un riesgo aumentado de caídas en adultos mayores(7), síntomas depresivos-ansiosos, disminución de calidad de vida(8) e incremento del ausentismo laboral(9). Dado lo anterior resulta relevante sistematizar y familiarizar su manejo en atención primaria.

## 2. Objetivos

### Generales

El objetivo del presente protocolo es sistematizar el diagnóstico y manejo de pacientes con VPPB dentro de APS. De esta forma se pretende optimizar y aumentar la resolutivez de atención primaria en esta patología.

### Específicos

- 1.-Establecer criterios diagnósticos clínicos de VPPB
- 2.-Determinar tratamientos específicos aplicables en APS para usuarios con VPPB
- 3.-Definir criterios de derivación a policlínico general Otorrinolaringología
- 4.-Actualizar criterios contrarreferencia a APS

## 3. Población objetivo

Todos los usuarios mayores de 15 años que se atienden en la red de atención primaria SSMSO con VPPB.

## 4. Antecedentes clínicos

### 4.1. Definición

El vértigo postural paroxístico benigno es el tipo más común de vértigo. Se define como la sensación de movimiento (principalmente giratorio), gatillada por cambios de posición determinados. (10)

### 4.2. Causas de vértigo

El VPPB corresponde a la principal causa etiológica de vértigo y mareo, tiene una prevalencia de vida 10% aproximadamente, si no se trata suele resolverse en semanas a meses espontáneamente, sin embargo, se estima que tiene una alta tasa de recurrencia. Se detallan las causas de vértigo. **Ver Tabla 1.**

**Tabla 1: causas de vértigo y frecuencia**

Patología	Frecuencia (%)
Vértigo posicional paroxístico benigno	18
Vértigo somatomorfo	15
Vértigo vestibular central	12
Migraña vestibular	11
Enfermedad de Ménière	10
Neuritis vestibular	8
Vestibulopatía bilateral	7
Paroxismia vestibular	4
Psicógeno	3
Fístula perilinfática	0,6
Diagnóstico incierto	3
Otros	9

Fuente: Otorrinolaringología para médicos generales 2020/ <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/06/Libro-Departamento-de-Otorrinolaringologia-UC.pdf>(11)

### 4.3. Clasificación de las patologías vestibulares:

Dentro de la clasificación (12) de las patologías vestibulares tenemos 4 categorías. **Ver tabla 2:**

**Tabla 2: Clasificación de las patologías vestibulares**

Clasificación	Duración
Vértigos episódicos de crisis cortas	Segundos/minutos
Vértigo episódico de crisis largas	Horas/días
Síndrome Vestibular Agudo	Vértigo agudo horas evolución
Síndrome Vestibular Crónico	Semanas, meses

#### 4.4. Presentación clínica

El cuadro clásico de VPPB corresponde a un síndrome caracterizado por síntomas vestibulares (vértigo rotatorio) episódico, gatillado por cambios posicionales, segundos a minutos de duración y se acompaña de nistagmo concordante con el canal estudiado. Durante el estímulo los pacientes pueden presentar náuseas y/o vómitos, que suelen ser autolimitados dado que intercrisis estos pacientes son asintomáticos en reposo

Durante la anamnesis se debe indagar sobre síntomas acompañantes y si el síntoma se presenta de forma espontánea o por gatillantes. También se debe preguntar por los antecedentes mórbidos, enfermedades neurológicas, factores de riesgo cardiovascular. Ver **tabla 3**.

**Tabla 3: Síntomas acompañantes y gatillantes a indagar en la anamnesis**

Síntomas acompañantes	Gatillantes
Náuseas o vómitos	Posicional
Tinnitus e hipoacusia	Movimiento
Fotofobia, aura visual	Visual
Síntomas neurológicos (“Deadly Ds”: Diplopía, disartria, disfagia, disfonía, dismetría, disestesia)	Sonido Valsalva

Fuente: Otorrinolaringología para médicos generales 2020/ <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/06/Libro-Departamento-de-Otorrinolaringologia-UC.pdf>(11)

En base a la anamnesis próxima podremos llegar rápidamente al grupo según perfil temporal y plantear la hipótesis diagnóstica, que luego será apoyada por el examen físico. Dentro de cada grupo se subrayan las causas más frecuentes(11). Ver **tabla 4**.

**Tabla 4: Síndromes vestibulares y sus características**

Síndrome vestibular	Frecuencia	Duración	Anamnesis clave	Diagnóstico
<b>Episódico corto</b>	28%	Seg – 5 min	Gatillante	- <b>VPPB</b> -Paroxismia vestibular - Dehiscencia CSCS
<b>Episódico largo</b>	32%	5 min – horas	Acompañantes	- Migraña vestibular - Ménière - CIT
<b>Agudo</b>	16%	Horas – días	Acompañantes (Deadly Ds)	- Neuronitis vestibular - ACV - Complicaciones OM
<b>Crónico</b>	24%	Persistente		- Somatomorfo - Vestibulopatía bilateral - Asimetría vestibular no compensada

Fuente: Otorrinolaringología para médicos generales 2020/ <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/06/Libro-Departamento-de-Otorrinolaringologia-UC.pdf>(11)

VPPB: vértigo posicional paroxístico benigno; CSCS: canal semicircular superior; CIT: crisis isquémica transitoria; ACV: accidente cerebrovascular; OM: otitis media

Se debe realizar un examen otorrinolaringológico completo, descartando patología del oído. Luego proceder al examen otoneurológico:

Desde el punto de vista fisiopatológico, su origen se encuentra en la caída de otoconias desde las máculas otolíticas, las cuales por gravedad caen dentro de los canales semicirculares (CSC). Una vez alojadas en canal semicircular, ciertos gatillos de cambios posicionales generan su movimiento y estímulo del canal en el que se encuentran, provocando la sensación de movimiento que genera el síntoma de vértigo (**Ver figura 1**).



Fuente: Otorrinolaringología para médicos generales 2020/ <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/06/Libro-Departamento-de-Otorrinolaringologia-UC.pdf>(11)

Según el canal estimulado, será el nistagmo provocado; al estimular el CSC posterior se espera un nistagmo geotrópico torsional ipsilateral, por otro lado, al estimar el CSC lateral se espera un nistagmo horizontal. **Ver video:** [Left Posterior Canal BPPV | BalanceMD - www.BalanceMD.net](#)(13)

El diagnóstico de VPPB es clínico con anamnesis dirigida y examen físico apropiado, dentro del cual se caracteriza un examen neurológico normal asociado a nistagmo posicional correspondiente. Se puede clasificar según el canal semicircular (CSC) afectado, siendo el más frecuente el compromiso de CSC posterior (80-90%), seguido del CSC lateral (5-10%).

Al evaluar el CSC posterior se realiza la maniobra nistagmo de Dix Hallpike, esperando un nistagmo torsional ipsilateral. Se presentan los siguientes **videos:** I.- como ejemplo correcto de maniobra: [Plan 3D - Maniobra Nistagmo de Dix Hallpike](#) (14) II.- hallazgos de prueba Dix Hallpike alterada o positiva del CSC-Posterior [Test Dixhallpike positivo](#) (15).

Por otro lado, al evaluar CSC lateral se recurre a la maniobra de McClure, donde se espera un nistagmo horizontal, ver video: [Examen físico 6.3: Prueba de nistagmo posicional McClure](#)(16)



Existe un grupo de pacientes en que los movimientos cervicales necesarios para realizar los tests diagnósticos pudieran ser altamente perjudiciales, en especial aquellos que presentan inestabilidad o rigidez cervical, síndromes de disección vascular, compresión medular, antecedente de trauma o cirugía de columna cervical, compresión de seno carotideo, entre otros. En estos casos se desaconseja realizar dicha evaluación. (17)

Para el diagnóstico se deben seguir los siguientes criterios según la sociedad de Barany. **Ver tabla 5:(18)**

**Tabla 5: Criterios diagnósticos según la sociedad de Barany.**

<b>CSC- POSTERIOR</b> <b>(canalolitiasis)</b>	a. Episodios recidivantes de vértigo o mareo posicional desencadenados al acostarse o girar en la posición decúbito supino.
	b. Duración de los episodios <1 min.
	c. Nistagmo posicional obtenido en la maniobra de DixHallpike o la maniobra de decúbito lateral (maniobra diagnóstica de Semont) tras una latencia de uno o varios segundos. El nistagmo es una combinación de un nistagmo torsional con el polo superior de los ojos batiendo hacia el oído en posición inferior, combinado con un nistagmo vertical que bate superiormente (hacia la frente), durando característicamente < 1 min.
	d. No es atribuible a otro trastorno
<b>CSC-LATERAL</b> <b>(canalolitiasis)</b>	a. Episodios recidivantes de vértigo o mareo posicional desencadenados al acostarse o girar en la posición decúbito supino.
	b. Duración de los episodios < 1 min.
	c. Nistagmo posicional obtenido tras una breve latencia o sin latencia mediante la maniobra de rotación cefálica, batiendo horizontalmente hacia el oído situado en posición declive con la cabeza girada hacia cualquiera de los 2 lados (nistagmo geotrópico de posición cambiante) y prolongándose < 1 min.
	d. No atribuible a otro trastorno

Fisiopatológicamente, existen al menos dos subtipos por canal. Estos corresponden a las canalolitiasis y a las cúpulolitiasis, existiendo su principal diferenciación en la ausencia de latencia y mayor duración del nistagmo y vértigo de la última entidad mencionada. Su diferenciación no es objetivo del médico de APS.

#### **4.5. Tratamiento No Farmacológico**

Luego del diagnóstico el tratamiento de elección corresponde a las maniobras de reposición de partículas, dentro de las cuales la más conocida es la Maniobra de Epley que está indicada para el tratamiento del VPPB CSC posterior; esta se puede realizar de forma práctica y dirigida en la consulta, solo con el uso de una camilla, por profesional previamente capacitado. **Ver video [Maniobra de Epley](#)(19)** y para la descripción de la maniobra **ver tabla 6.**

**Tabla 6: Descripción de maniobra de EPLEY.**

<b>El Tiempo máximo para realizar maniobra es de 5 minutos</b>	
<b>Maniobra de EPLEY</b>	Iniciar la maniobra con paciente sentado sobre la camilla y el examinador al costado del oído afectado de la camilla
	El examinador debe rotar la cabeza en 45° grados hacia el lado afectado. Manteniendo los ojos abiertos se debe dejar caer al paciente hasta adoptar posición decúbito supino hiper extendiendo el cuello bajo el plano horizontal al menos 20°. Se debe adoptar esta posición al menos 45 segundos
	Se debe rotar la cabeza en 90° hacia el lado contralateral del afectado, manteniendo posición 45 segundos
	Nuevamente debe rotar la cabeza en 90° hacia el lado sano, para poder lograr esto se debe acompañar con giro del cuerpo adoptando posición de decúbito lateral. La cara queda apuntando al suelo y se debe mantener la posición por 45 segundos
	Posteriormente, se debe llevar nuevamente al paciente sentado y así concluye la maniobra

#### 4.6. Tratamiento Farmacológico

A modo de complemento si cabe la duda diagnóstica o los síntomas iniciales son muy intensos se puede indicar **Difenidol 25 mg cada 8h x 3 días MAXIMO**, no se debe indicar otra terapia farmacológica ni a corto o largo plazo. Información adicional ver **tabla 7**

**Tabla 7: Descripción farmacológica**

<b>Fármaco</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Duración</b>	<b>Contraindicaciones</b>	<b>Eventos adversos</b>
<b>Difenidol 25mg</b>	1 comp, cada 8 hrs	Máximo 3 días	Hipersensibilidad conocida al medicamento. Embarazo, glaucoma y anuria. PRECAUCIÓN deterioro de función renal	Alucinaciones auditivas y visuales, confusión mental, adormecimiento, sobreestimulación, depresión, alteraciones del sueño, boca seca, irritación gastrointestinal, visión borrosa, mareo, rash cutáneo, malestar general, cefalea.

## 5. Proceso de referencia y contrareferencia.

El proceso de Referencia y Contrareferencia al contar con procedimientos clínicos y administrativos para la coordinación de la atención de salud en los diferentes niveles, busca asegurar la continuidad e integralidad de la atención.

### 5.1. Proceso de referencia y contrareferencia del proceso clínico

#### 5.1.1. Referencia del proceso clínico.

Los pacientes mayores de 15 años que consulten en **morbilidad, policlínico general APS o SU** por mareos/vértigos deben tener una evaluación sistematizada sobre su patología, categorizarse en subtipo de patología vestibular. Deben tener examen físico completo, otoneurológico y neurológico. En el subtipo de pacientes con VPPB, luego de realizar diagnóstico con prueba de Dix-Hallpike se debe realizar, manejo sintomático inicial y maniobra de reposición de partícula correspondiente (Maniobra de Epley)

Luego de maniobra inicial, se debe citar a control a paciente en **2 semanas**, si se evidencia resolución de patología se debe otorgar alta. Si persisten síntomas de igual manera o parcial, se debe realizar nuevamente maniobras de reposición.

Los pacientes que hayan requeridos dos maniobras se citarán a control a las 4 semanas de la primera maniobra, si se evidencia resolución de patología se debe otorgar alta, **en caso de persistencia síntomas corresponde derivar a Otorrinolaringología.**

Resulta importante destacar las **principales causas de fracaso a las maniobras** dentro de las que encontramos:

1. Técnica inadecuada
2. Oído equivocado
3. Canal equivocado
4. Otro diagnóstico

#### **Criterios de derivación policlínico general Otorrinolaringología:**

1. VPPB refractario a 2 maniobras de reposición (A \*UAPORRINO)
2. VPPB sospecha canal lateral
3. Vértigo episódico crisis cortas con nistagmo no concordante (A \*UAPORRINO)
4. Vértigo episódico crisis cortas no evaluable en APS por problemas cervicales (A \*UAPORRINO)
5. Tercera recurrencia anual

\*Si se sospecha vértigo central no agudo se debe derivar a NEUROLOGIA ADULTOS

\* UAPORRINO implementadas están en las comunas de La Florida, Puente Alto

**La interconsulta siempre deberá contar** con los siguientes elementos:

1. Anamnesis completa vestibular con descripción de síntomas
2. Examen físico completo, incluyendo pruebas vestibulares
3. Descripción de manejo inicial con maniobras de Dix Hallpike
4. No es necesario exámenes Otoneurológicos complementarios previos a evaluación por especialidad.

### **5.1.2. Banderas Rojas**

**a)** Por otro lado, si paciente presenta alguno de los siguientes síntomas o signos debe **derivarse a POLICHOQUE OTORRINOLARINGOLOGÍA de los hospitales: CASR, HLF, HPH.**

1. Hipoacusia reciente comienzo <1 mes asociado a vértigo agudo
2. Otalgia y/u otorrea reciente asociado a vértigo agudo

**b)** Por otro lado, si el paciente presenta alguno de los siguientes síntomas o signos durante sus episodios de vértigo debe **derivarse a SERVICIO DE URGENCIA**

1. Signos focales neurológicos
2. Ataxia aguda
3. Compromiso de conciencia
4. DEADLY D (Disartria, dismetria, diplopía, disfagia, disfonía, Down is up)

### **5.1.3. Contrareferencia del proceso clínico.**

#### **Criterios de contrarreferencia**

1. Evaluación de paciente asintomático
2. Tratamiento y resolución de patología clínicamente

**Toda contrarreferencia debe contar con los siguientes elementos para APS**

1. Diagnóstico ORL y exámenes realizados
2. Manejo efectuado

## **5.2. Referencia y contrareferencia proceso administrativo.**

### **“El viaje de la interconsulta “**

#### **5.2.1. El proceso de Referencia**

Es el conjunto de actividades administrativas/ asistenciales, que definen la referencia de un usuario de un establecimiento a otro de la Red para estudio diagnóstico o terapéutico,

resguardando la continuidad de la atención. El documento oficial de referencia es la Interconsulta (IC), que tiene un Número de Folio que permitirá la trazabilidad de la misma.

La IC debe contener un mínimo básico de datos:

- 1.- Datos del Usuario: Nombre completo, Rut, Fecha de nacimiento o edad.
- 2.- Teléfono contacto (idealmente 2)
- 3.- Establecimiento de origen
- 4.- Sospecha diagnóstica o Diagnóstico
- 5.- Consignar si es GES
- 6.- Antecedentes clínicos relevantes, considerar **Criterios de derivación**.
- 7.- Objetivo de la derivación (Duda diagnóstica, requerimiento de estudio, de tratamiento)
- 8.- Nombre y firma de Profesional que deriva.
- 9.- Fecha de emisión

**Fuente:** Elaboración propia Departamento de Procesos y Gestión Hospitalaria

Este documento pasa por un proceso de validación que realiza el contralor del establecimiento de origen que debe observar que la IC cumpla con los criterios de mapa de derivación (MDD) y Protocolo clínico de la patología.

La IC viaja por sistema informático, pasa por la capa de integración del Servicio de salud llegando al establecimiento de destino, donde el médico o profesional priorizador revisa que la IC cumpla con los criterios clínicos administrativos, de pertinencia, tipo de atención a realizar e indica la priorización de acuerdo a si cumple condición de GES y su complejidad biomédica, este proceso actualmente está siendo ejecutado a través del canal único de derivación (CUD).

De acuerdo a la priorización se realiza el proceso de agendamiento para la ejecución de la atención clínica. La atención solicitada ingresa a Sistema de Gestión de tiempos de espera (SIGTE), donde se mantendrá hasta su egreso al recibir la prestación.

### 5.2.2. El proceso de Contrareferencia

Se generará en dos tiempos, la contrareferencia al momento de la primera atención y la contrareferencia al momento del alta, donde se ocuparán los criterios de contrareferencia explicitados en el Protocolo, en esta contrareferencia se informa las indicaciones para asegurar la continuidad de atención del usuario en relación al problema de salud por el cual fue referido.

La contrareferencia debe contener un mínimo básico de datos:

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1.- Datos del Usuario: Nombre completo, Rut, Fecha de nacimiento o edad.</li><li>2.- Establecimiento que contrarrefiere</li><li>3.- Datos establecimiento de origen</li><li>4.- Diagnóstico</li><li>5.- Estudio y/o Tratamiento realizado</li><li>6.- Plan o Indicaciones para establecimiento de origen</li><li>7.- Nombre, Rut y firma de Profesional que contraderiva.</li><li>8.- Fecha de Contrareferencia</li></ol> |
|---|

Fuente: Elaboración propia Departamento de Procesos y Gestión Hospitalaria

Esta contrareferencia podrá ser visualizada en el canal único de derivación, así como en el Sistema de Gestión de Interconsultas (SGI)

## 6. Mapa de Derivación en Red (MDD)

### 6.1. SubRed La Florida

SUBRED	COMUNA	ESTABLECIMIENTOS NIVEL PRIMARIO		ESTABLECIMIENTOS NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO
		CESFAM/CECOSF/PSR	UAPORRINO	
La Florida	La Florida	CESFAM Los Castaños	UAPORRINO La Florida	Hospital Clínico Metropolitano La Florida, Dra. Eloísa Díaz Insunza
		CESFAM Bellavista		
		CESFAM Villa O'Higgins		
		CESFAM Los Quillayes		
		CESFAM Dr. Fernando Maffioletti		
		CESFAM Santa Amalia		
		CESFAM Trinidad		
		CESFAM José Alvo		
		CESFAM La Florida		
		Centro Comunitario Salud Familiar (CECOSF) Las Lomas		
		Centro Comunitario Salud Familiar (CECOSF) Santa Teresa		
		Posta Salud Rural Las Perdices		

Fuente: MAPA DE DERIVACIÓN EN RED DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE, RESOLUCIÓN EXENTA N°: 825 17/05/2022. <https://saluddigital.ssmso.cl/wp-content/uploads/2022/11/Mapa-Derivacion-Version-2.0-SSMSO.pdf>  
<https://saluddigital.ssmso.cl/documentacion/mdd2/>

### 6.2. SubRed Santa Rosa

SUBRED	COMUNA	ESTABLECIMIENTOS NIVEL PRIMARIO		ESTABLECIMIENTOS NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO
		CESFAM/CECOSF	COMPRA PRESTACIONES	
Santa Rosa	La Granja	CESFAM La Granja	Canasta Integral	Hospital Padre Alberto Hurtado
		CESFAM Malaquías Concha		
		CESFAM Granja Sur		
		Centro Comunitario Salud Familiar (CECOSF) San Gregorio		
		Centro Comunitario Salud Familiar (CECOSF) Millalemu		
		Centro Comunitario Salud Familiar (CECOSF) Villa La Serena		
	La Pintana	CESFAM San Rafael		
		CESFAM Pablo De Rokha		
		CESFAM Santiago Nueva Extremadura		
		CESFAM Santo Tomás		
		CESFAM El Roble		
	San Ramon	CESFAM Flor Fernández		
		CESFAM La Bandera		
		CESFAM Gabriela Mistral		
		CESFAM Salvador Allende		
		Centro Comunitario Salud Familiar (CECOSF) Modelo		

Fuente: MAPA DE DERIVACIÓN EN RED DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE, RESOLUCIÓN EXENTA N°: 825 17/05/2022. <https://saluddigital.ssmso.cl/wp-content/uploads/2022/11/Mapa-Derivacion-Version-2.0-SSMSO.pdf>  
<https://saluddigital.ssmso.cl/documentacion/mdd2/>

### 6.3. SubRed Cordillera

SUBRED	COMUNA	ESTABLECIMIENTOS NIVEL PRIMARIO		ESTABLECIMIENTOS NIVEL SECUNDARIO Y Terciario
		CESFAM/CECOSF/PSR	UAPORRINO	
Cordillera	Puente Alto	Centro de Salud Urbano Alejandro del Río	Centro de Especialidades Primario (CEP) San Lázaro	Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río / CRS Hospital Provincia Cordillera
		CESFAM San Gerónimo		
		CESFAM Vista Hermosa		
		CESFAM Bernardo Leighton		
		CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez		
		CESFAM Padre Manuel Villaseca		
		CESFAM Karol Wojtyła		
		CESFAM Laurita Vicuña		
		Ancora CESFAM Madre Teresa de Calcuta		
	Ancora CESFAM San Alberto Hurtado			
	La Pintana*	Ancora CESFAM Juan Pablo II	Canasta Integral	
	Pirque	CESFAM Dr. José Manuel Balmaceda		
		Centro de Salud Rural, El Principal		
		Posta de Salud Rural Santa Rita		
		Posta de Salud Rural La Puntilla		
		Posta de Salud Rural San Vicente		
	San José de Maipo	Posta Salud Rural El Volcán		
		Posta Salud Rural San Gabriel		
Posta Salud Rural Los Maitenes				
Posta de Salud Rural Las Vertientes				
Atención APS Hospital San José				

Fuente: MAPA DE DERIVACIÓN EN RED DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE, RESOLUCIÓN EXENTA N°: 825 17/05/2022. <https://saludigital.ssmso.cl/wp-content/uploads/2022/11/Mapa-Derivacion-Version-2.0-SSMSO.pdf>  
<https://saludigital.ssmso.cl/documentacion/mdd2/>



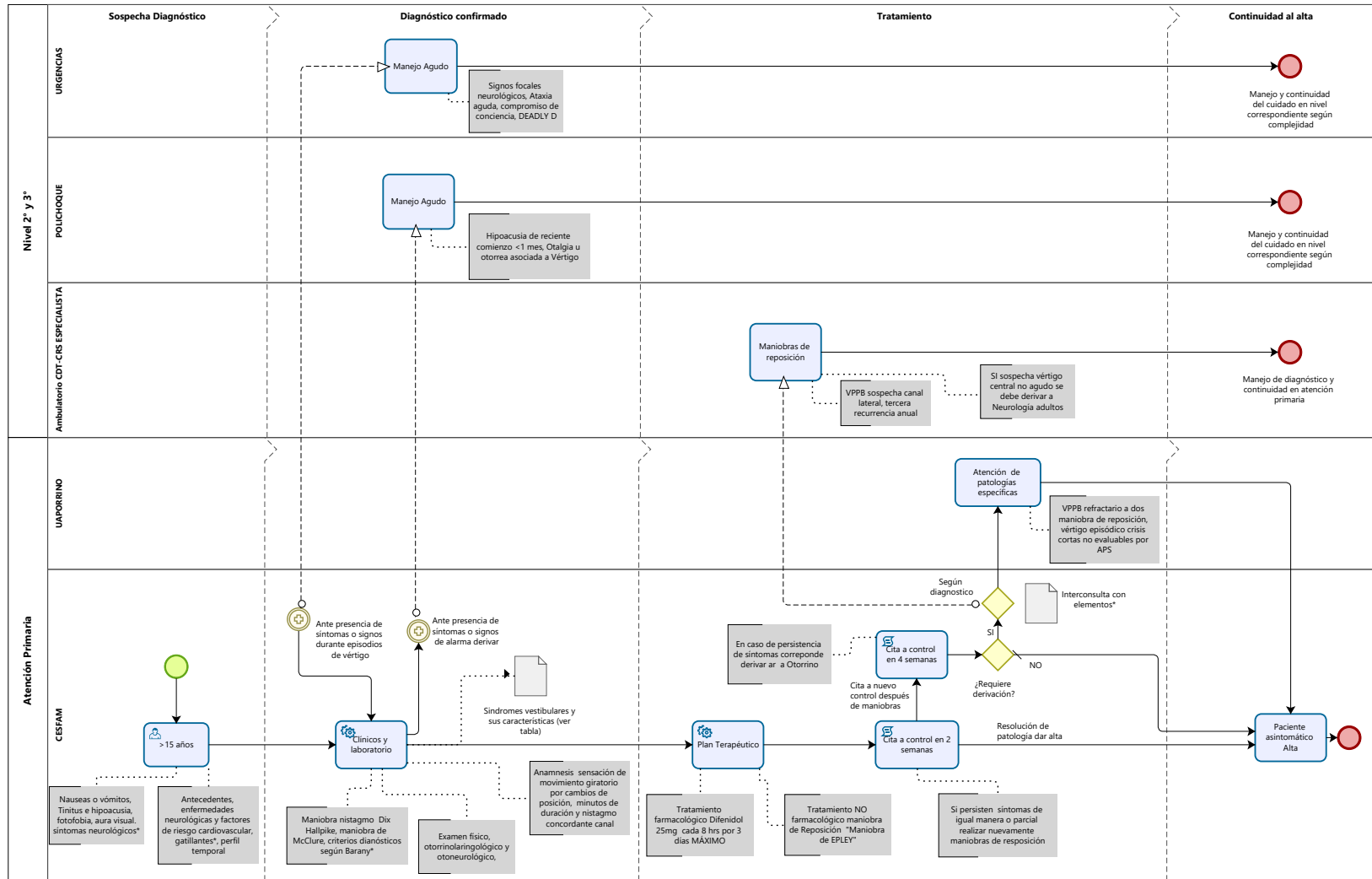
## 7. Diagrama del flujo de proceso de referencia y contrareferencia

Los diagramas fueron elaborados con la herramienta: software Bizagi Modeler, usando la notación estándar BPMN 2.0.

 Start Event	<b>Evento de inicio simple:</b> Indica dónde se inicia un proceso. No tiene algún comportamiento particular.
 Parallel Multiple	<b>Evento de inicio paralelo múltiple:</b> Indica que se requieren múltiples disparadores para iniciar el proceso. TODOS los disparadores deben ser lanzados para iniciarlo.
 Multiple	<b>Evento de inicio múltiple:</b> Significa que hay múltiples formas de iniciar el proceso. Solo se requiere una de ellas.
 User Task	<b>Tarea de Usuario:</b> Es una tarea de workflow típica donde una persona ejecuta con la asistencia de una aplicación de software.
 Task	<b>Tarea simple:</b> Es una actividad atómica dentro de un flujo de proceso. Se utiliza cuando el trabajo en proceso no puede ser desglosado a un nivel más bajo de detalle.
 Service Task	<b>Tarea de servicio:</b> Es una tarea que utiliza algún tipo de servicio que puede ser Web o una aplicación automatizada.
 Intermediate Event	<b>Evento intermedio simple:</b> Indica que algo sucede en algún lugar entre el inicio y el final de un proceso. Esto afectará el flujo del proceso, pero no iniciará (directamente) o finalizará el mismo.
 Timer	<b>Evento de temporización:</b> Indica un retraso dentro del proceso. Este tipo de evento puede ser utilizado dentro de un flujo secuencial para indicar un tiempo de espera entre actividades.
 Parallel Multiple	<b>Evento paralelo múltiple:</b> Significa que hay múltiples disparadores asignados al evento. A diferencia del evento intermedio múltiple, TODOS los disparadores asignados son requeridos para activar el evento.
 Exclusive gateway	<b>Compuerta Exclusiva:</b> De divergencia: Se utiliza para crear caminos alternativos dentro del proceso, pero solo uno se selecciona.
 Parallel Event Based	<b>Compuerta exclusiva paralela basada en eventos:</b> A diferencia de la Compuerta Exclusiva Basada en Eventos, se crea una instancia del proceso una vez que TODOS los eventos de la configuración de la compuerta ocurren. No deben tener flujos de entrada.
 Data Object	<b>Objeto de datos:</b> Provee información acerca de cómo los documentos, datos y otros objetos se utilizan y actualizan durante el proceso.
 Data Store	<b>Deposito de datos:</b> Provee un mecanismo para que las actividades recuperen o actualicen información almacenada que persistirá más allá del scope del proceso.
 Annotation	<b>Anotación:</b> Son mecanismos para que un modelador provea información adicional, al lector de un diagrama BPM.
 End	<b>Finalización simple:</b> Indica que el flujo finaliza.

### 7.1. Diagrama descriptivo vértigo posicional paroxístico benigno

Como resultado del desarrollo del protocolo de vértigo posicional paroxístico benigno, se presenta el siguiente diagrama descriptivo del proceso.



## 8. Responsables de la aplicación del protocolo

Los responsables de aplicar este protocolo son los médicos de APS y médicos de servicio de Urgencia.

## 9. Glosario o abreviaciones

**APS:** Atención primaria salud

**CSC:** canal semicircular

**DEADLY D:** Disartria, dismetria, diplopía, disfagia, disfonía, Down is up

**MDD:** Mapa De Derivación

**SU:** Servicio de Urgencia

**SVE:** síndrome vestibular episódico

**VPPB:** vértigo posicional paroxístico benigno

## 10. Referencia bibliográfica

1. Newman-Toker DE, Cannon LM, Stofferahn ME, Rothman RE, Hsieh YH, Zee DS. Imprecision in patient reports of dizziness symptom quality: a cross-sectional study conducted in an acute care setting. *Mayo Clin Proc.* noviembre de 2007;82(11):1329-40.
2. Carnevale C, Arancibia-Tagle DJ, Rizzo-Riera E, Til-Perez G, Sarría-Echegaray PL, Rama-Lopez JJ, et al. Efficacy of particle repositioning manoeuvres in benign positional paroxysmal vertigo: A revision of 176 cases treated in a tertiary care centre. *Acta Otorrinolaringol Esp (Engl Ed).* agosto de 2018;69(4):201-7.
3. Distribución etiológica de mareos y vértigo en una clínica de mareos basada en referencia en Corea del Sur - PubMed [Internet]. [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32300888/>
4. Brandt T, Huppert D, Hecht J, Karch C, Strupp M. Benign paroxysmal positioning vertigo: a long-term follow-up (6-17 years) of 125 patients. *Acta Otolaryngol.* febrero de 2006;126(2):160-3.
5. Nunez RA, Cass SP, Furman JM. Short- and long-term outcomes of canalith repositioning for benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg.* mayo de 2000;122(5):647-52.
6. Estudio metaanalítico de la eficacia de la maniobra de Epley en el vértigo posicional paroxístico benigno | Neurología (Barc., Ed. impr.);25(5): 295-299, jul. 2010. tab, ilus | IBECs [Internet]. [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-94726>
7. Balatsouras D, Koukoutsis G, Fassolis A, Moukos A, Apris A. Benign paroxysmal positional vertigo in the elderly: current insights. *Clin Interv Aging.* 5 de noviembre de 2018;13:2251-66.
8. Zhu C, Li Y, Ju Y, Zhao X. Dizziness handicap and anxiety depression among patients with benign paroxysmal positional vertigo and vestibular migraine. *Medicine (Baltimore).* 24 de diciembre de 2020;99(52):e23752.
9. van der Zaag-Loonen HJ, van Leeuwen RB. Dizziness causes absence from work. *Acta Neurol Belg.* septiembre de 2015;115(3):345-9.
10. Vértigo postural benigno: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001420.htm>
11. OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA MÉDICOS GENERALES. :239.
12. Newman-Toker DE, Edlow JA. TiTrATE: A Novel, Evidence-Based Approach to Diagnosing Acute Dizziness and Vertigo. *Neurol Clin.* agosto de 2015;33(3):577-99, viii.
13. Left Posterior Canal BPPV | BalanceMD - www.BalanceMD.net - YouTube [Internet]. [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=jrp8iPfvP4Y>
14. Plan 3D - Maniobra Nistagmo de Dix Hallpike [Internet]. 2020 [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=mW8wT-zz5MU>
15. Maniobra de Dix Hallpike en español [Internet]. 2014 [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=tJEFi5RFZEM>
16. Examen físico 6.3: Prueba de nistagmo posicional McClure [Internet]. 2020 [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Pv2BGO3d5GI>
17. Humphriss RL, Baguley DM, Sparkes V, Peerman SE, Moffat DA. Contraindications to the Dix-Hallpike manoeuvre: a multidisciplinary review. *Int J Audiol.* abril de 2003;42(3):166-73.
18. von Brevern M, Bertholon P, Brandt T, Fife T, Imai T, Nuti D, et al. Vértigo posicional paroxístico benigno: criterios diagnósticos. Documento de consenso del Comité para la Clasificación de los Trastornos Vestibulares de la Bárány Society. *Acta Otorrinolaringológica Española.* 1 de noviembre de 2017;68(6):349-60.
19. Maniobra de Epley para tratar el mareo del VPPB [Internet]. 2021 [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=YaOm0Dko1c>

## 11. Anexos

### Anexo1: Equipo de trabajo de protocolo resolutivo en red.

<b>Autores</b>
Dr. Matías Alvarez Baeza Otorrinolaringólogo/ Hospital Clínico Metropolitano La Florida, Dra. Eloísa Díaz Insunza
Dra. Soledad Palma Rojas Otorrinolaringóloga/ Complejo Asistencial Sótero del Río.

<b>Comité Revisor y Editor</b>
Dra. Elisa Llach Fernández Médico de Salud Familiar. Jefa Departamento Procesos y Gestión Hospitalaria-SSMSO
Dra. Jenny Velasco Peñafiel Médico Salubrista/ Departamento Procesos y Gestión Hospitalaria-SSMSO
Dra. Mariola Mestanza Yépez Médico Salubrista/ Departamento Procesos y Gestión Hospitalaria-SSMSO
A.S Patricia Orellana Saavedra Asistente Social/ Departamento Procesos y Gestión Hospitalaria-SSMSO
E.U Maria Francisca Molina Pérez Enfermera/ Departamento Procesos y Gestión Hospitalaria-SSMSO

<b>Revisores</b>
Dr. Cesar Toro Auspont Otorrinolaringólogo. Jefe de Servicio de Otorrinolaringología/ Complejo Asistencial Sótero del Río.
Dr. Matías Alvarez Baeza Otorrinolaringólogo/ Hospital Clínico Metropolitano La Florida, Dra. Eloísa Díaz Insunza
Dra. Soledad Palma Rojas Otorrinolaringóloga/ Complejo Asistencial Sótero del Río.
Dra. Carola Mandiola Garcia Médico Internista. Jefa Unidad Especialidades Ambulatorias del adulto/ Hospital Clínico Metropolitano La Florida, Dra. Eloísa Díaz Insunza
Dra. Paulina Corvalan Maldonado Médico de Salud Familiar/ Coordinación médica ambulatoria Complejo Asistencial Sótero del Río.
Dra. Maria Cristina Miranda Radic Neuróloga adulto/ Complejo Asistencial Sotero del Río
Dra. Javiera Flaño Olivos Médico Familiar/ CESFAM    ANCORA San Alberto Hurtado
Dr. Juan Sotelo Torres Médico general/ CESFAM Malaquías Concha

<b>Participantes</b>
Dra. Constanza Ocampo López Médico general/ CESFAM Granja Sur
Dra. Elsy Marielisa Tona Alvarez Médico general/ Contralor y Referente técnico CESFAM La Granja
Dra. Natalia Aravena Contreras Médico general/ CESFAM Padre Manuel Villaseca
Dra. Paz Cornejo Lara Médico Familiar/ CESFAM Padre Manuel Villaseca
Dra. Camila Ulloa Martinez Médico general/ CESFAM Padre Manuel Villaseca
Dra. Ximena Sazo Arellano Médico general/ CESFAM Principal
Dr. Ignacio Pereira Díaz Médico general/CESFAM Padre Manuel Villaseca
Dr. Benjamín Coloma Pedraza Médico general/ CESFAM Padre Manuel Villaseca
Dra. Olga Benavides Canales Neuróloga/ Hospital Clínico Metropolitano La Florida, Dra. Eloísa Díaz Insunza
Dra. Constanza Harismendy Fuenzalida Médico Familiar. Jefa Unidad Telemedicina / Equipo coordinación R-CR niveles asistenciales APS-Hospital Clínico Metropolitano La Florida, Dra. Eloísa Díaz Insunza
Dra. Ignacia Repenning Kurz Médico genera/ Asesora Dirección de Atención Primaria de Salud SSMSO
Dr. Cristobal Mellado Saldivia Cirujano Dentista/ Jefatura Gestión de la Demanda y Red Asistencial Centro referencia de salud – Hospital Provincia Cordillera
Dr. Simón Palma Concha Médico general/ Asesor médico Comuna La Granja
Dr. Carlos Sigüenza Pereira Médico general/ CESFAM La Granja
Mat. Claudia Luna Contreras Referente Referencia y Contrareferencia Comuna La Granja
QF. Miriam Crespo Fuentes Jefa Unidad de Farmacia SSMSO.
QF. Mariela Farías Marengo Referente Técnico Farmacia APS/ SSMSO
QF. Luis Gutierrez Ramos Encargado comunal de farmacia San Ramón
EU Ángelo Retamal Soto Encargado Resolutividad Comuna San Ramón
Klga. María Alejandra Ramírez Carrasco Referente Técnico Resolutividad/ Unidad de Gestión Clínica/ Dirección de Atención Primaria de Salud
Mat. Cristian Jerez Plaza Jefe Unidad Curso de Vida SSMSO

<b>Coordinación SSMSO</b>
Dra. Jenny Velasco Peñafiel Médico Salubrista/ Departamento Procesos y Gestión Hospitalaria-SSMSO

2. Este Documento se mantendrá vigente hasta la próxima actualización, por parte del Dpto. de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

## ANOTESE Y COMUNIQUESE

**DR. FERNANDO BETANZO VALLEJOS**

**DIRECTOR**

**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE**



---

Fernando Betanzo Vallejos  
Director  
Servicio Salud Metropolitano Sur Oriente



### DISTRIBUCIÓN:

- I MUNICIPALIDAD DE PIRQUE
- I. MUNICIPALIDAD DE LA FLORIDA
- I. MUNICIPALIDAD DE LA GRANJA
- I. MUNICIPALIDAD DE LA PINTANA
- I. MUNICIPALIDAD DE SAN JOSE DE MAIPO
- I. MUNICIPALIDAD DE SAN RAMON
- I. MUNICIPALIDAD PUENTE ALTO
- D. ESTADÍSTICAS, ANÁLISIS Y GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN EN SALUD
- D. PROCESOS Y GESTIÓN CLÍNICA HOSPITALARIA
- DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
- D. COORDINACIÓN ASISTENCIAL Y REDES COMPLEJAS
- DIRECCIÓN DSS
- D. CICLO VITAL Y REDES TRANSVERSALES
- SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL DSS
- D. CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA
- U. GESTIÓN DE CONVENIOS CLINICOS Y MUTUALIDADES
- U. RELACIÓN ASISTENCIAL DOCENTE
- U. DE DESARROLLO Y GESTIÓN DE ESTRATEGIAS DE SALUD CENTRADAS EN LAS PERSONAS
- OFICINA DE PARTES Y ARCHIVO
- D. ASESORÍA JURÍDICA
- DIRECCIÓN HSJM
- DIRECCIÓN CASR
- DIRECCIÓN HPH
- DIRECCIÓN HLF
- DIRECCIÓN CRS HPC

Transcrito Fielmente  
Ministro De Fe Segundo Suplente

