

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Manejo de **ABSTINENCIA ALCOHÓLICA** EN EL ADULTO en el primer nivel de atención

Evidencias y recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-097-08**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Ave. Reforma No. 450, piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, D. F.
WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX
Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC.

Editor General,
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Esta guía de práctica clínica está diseñada para proveer información que ayude a la toma de decisiones para el manejo adecuado del síndrome de abstinencia alcohólica en el adulto en el primer nivel de atención y está basada en la mejor evidencia disponible al momento de su publicación. Es de carácter general, por lo que no establece un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento.

Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien la emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención, y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.

Este documento fue elaborado con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en el adulto en el primer nivel de atención**, México: Secretaría de Salud; 2008.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX/INTERIOR/GPC.HTML

CIE-10: F10.0 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol

F10.3 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol: estado de abstinencia

GPC: Manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en el adulto en el primer nivel de atención

Coordinadores:

Ricardo I. Nanni Alvarado	Posgrado de alta especialidad en manejo de adicciones. Posgrado en administración de servicios de salud	Instituto Nacional de Psiquiatría	Médico Psiquiatra, Jefe de la Clínica de Trastornos Adictivos
---------------------------	--	-----------------------------------	---

Autores:

Ricardo I. Nanni Alvarado	Posgrado de alta especialidad en manejo de adicciones. Posgrado en administración de servicios de salud	Instituto Nacional de Psiquiatría	Médico Psiquiatra, Jefe de la Clínica de Trastornos Adictivos
Mario González Zavala	Posgrado de alta especialidad en manejo de adicciones	Instituto Nacional de Psiquiatría	Médico Psiquiatra

Elodia Guadalupe León Nandayapa	Posgrado de alta especialidad en manejo de adicciones	Instituto Nacional de Psiquiatría	Médico Psiquiatra
Natalia Morales Carrasco	Posgrado de Alta Especialidad en Manejo de Adicciones	Instituto Nacional de Psiquiatría	Médico Psiquiatra
Carlos Lima Rodríguez	Posgrado de alta especialidad en manejo de adicciones	Instituto Nacional de Psiquiatría	Médico Psiquiatra
Guillermo Ruiz Arias	Licenciado en psicología clínica	Instituto Nacional de Psiquiatría	
Adriana De La Vega Pacheco.	Médico Cirujano.	Instituto Nacional de Psiquiatría	Médico residente en Psiquiatría
Héctor Javier González Jácome	Medicina interna. Administración y políticas públicas	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SSA	Subdirección de guías de práctica clínica
Dr. David Leonardo Hernández Santillán	Medicina familiar	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SSA	Asesor de guías de práctica clínica (OMS)

Validación Interna

Rocío Romero Reséndez	Psicología	Centros de integración juvenil, A., C.	Subjefe del departamento de normatividad de hospitalización y proyectos clínicos
Gabriel Eugenia Rodríguez Rodríguez	Psicología	CONADIC	Subdirectora de análisis y proyectos

Revisión institucional

Dr. Manuel Flores Ibarra	Medicina Interna y Pediatría	Hospital General de México	Servicio de Medicina Interna
Dr. Jose Luis Pérez Hernández	Medicina Interna y Gastroenterología	Hospital General de México	Jefe de la Clínica de Hígado

ÍNDICE

1. Clasificación.....	5
2. Preguntas a responder por esta guía.....	6
3. Aspectos generales.....	7
3.1. Justificación.....	7
3.2. Objetivo.....	8
3.3. Definición.....	9
4. Evidencias y recomendaciones.....	10
4.1 Hallazgos clínicos.....	11
4.1.1 Signos y síntomas.....	11
4.1.2 Clasificación clínica.....	12
4.2 Valoración.....	13
4.2.1 Diagnóstico oportuno.....	13
4.2.2 Evaluación inicial.....	13
4.3 Pronóstico.....	14
4.3.1 Complicaciones.....	14
4.3.2 Pronóstico global.....	14
4.4 Abordaje terapéutico.....	15
4.4.1 Primer nivel de atención.....	15
4.4.1.1 Manejo no farmacológico.....	15
4.4.1.2 Manejo farmacológico.....	16
4.4.2 Seguimiento.....	17
4.4.3 Referencia al segundo y al tercer niveles de atención.....	19
4.5 Prevención.....	20
5. Anexos.....	21
6. Bibliografía.....	27
7. Comité editorial.....	28
8. Directorios.....	28
9. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica.....	29

1. CLASIFICACIÓN

Clasificación GPC SSA-097-08			
Profesionales de la salud.	1.11 Medicina de urgencia. 1.15 Enfermería. 1.17 Gastroenterología. 1.19 Geriátrica. 1.22 Medicina del deporte. 1.23 Medicina familiar. 1.24 Medicina física y rehabilitación. 1.25 Medicina interna. 1.27 Medicina preventiva. 1.45 Psicología. 1.46 Psiquiatría.		
Clasificación de la enfermedad.	2. CIE-10: F10.0 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol. F10.3 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol: estado de abstinencia.		
Categoría de GPC.	3.1.1 Primer nivel de atención. 3.2 Consejería. 3.3 Evaluación. 3.4 Diagnóstico y tamizaje. 3.5 Pronóstico. 3.6 Tratamiento. 3.8 Tratamiento farmacológico. 3.9 Tratamiento no farmacológico. 3.11 Prevención. 3.12 Rehabilitación. 3.13 Evaluación del riesgo. 3.15 Educación sanitaria.		
Usuarios potenciales.	4.3 Departamentos de salud pública. 4.5 Enfermeras generales. 4.6 Enfermeras especializadas. 4.7 Estudiantes. 4.9 Hospitales. 4.11 Investigadores. 4.12 Médicos especialistas. 4.13 Médicos generales. 4.14 Médicos familiares. 4.17 Organizaciones orientadas a enfermos. 4.19 Paramédicos técnicos en urgencias. 4.23 Planificadores de servicios de salud. 4.25 Proveedores de servicios de salud. 4.26 Proveedores de atención en farmacodependencia. 4.27 Psicólogos o profesionistas de la conducta no médicos. 4.28 Técnicos en enfermería. 4.32 Trabajadores sociales.		
Tipo de organización desarrolladora.	6.3 Gobierno federal: Secretaría de Salud; Instituto Nacional de Psiquiatría (Clínica de trastornos adictivos); Consejo Nacional contra las Adicciones. 6.4 Secretaría de Salud del Distrito Federal.		
Población blanco.	7.5 Adultos de 19 a 44 años. 7.6 Mediana edad, de 45 a 64 años. 7.7 Adultos de 65 a 79 años. 7.8 Adultos mayores de 80 años. 7.9 Hombres. 7.10 Mujeres.		
Fuente de financiamiento / patrocinador.	8.1 Gobierno federal: Secretaría de Salud; Instituto Nacional de Psiquiatría (Clínica de trastornos adictivos); Consejo Nacional contra las Adicciones. 8.4 Mixto: Secretaría de Salud del Distrito Federal.		
Intervenciones y actividades consideradas.	<p>CIE-9:</p> <p>94.0 Evaluación y pruebas psicológicas.</p> <p>94.08 Otras pruebas y evaluación psicológicas.</p> <p>94.09 Determinación de estado mental psicológico, no especificado de otra manera.</p> <p>94.11 Determinación de estado mental psiquiátrico.</p> <p>94.12 Consulta psiquiátrica rutinaria, no especificada de otra manera.</p> <p>94.13 Evaluación psiquiátrica para internamiento.</p> <p>94.19 Otra entrevista y evaluación psiquiátricas.</p>	<p>94.25 Otra terapia psiquiátrica con fármacos.</p> <p>94.33 Terapia de comportamiento. Modificación de la conducta.</p> <p>94.35 Intervención en crisis.</p> <p>94.37 Psicoterapia verbal exploratoria.</p> <p>94.38 Psicoterapia verbal de apoyo.</p> <p>94.39 Otra psicoterapia individual.</p> <p>94.4 Otra psicoterapia y asesoramiento.</p> <p>94.45 Asesoramiento sobre toxicomanía.</p> <p>94.46 Asesoramiento sobre alcoholismo.</p> <p>94.5 Remitir (al paciente) hacia rehabilitación psicológica.</p> <p>94.51 Remitir al paciente hacia psicoterapia.</p>	<p>94.54 Remitir al paciente hacia la rehabilitación de toxicomanía.</p> <p>94.55 Remitir al paciente hacia rehabilitación de profesional.</p> <p>94.59 Remitir al paciente hacia otra rehabilitación psicológica.</p> <p>94.6 Rehabilitación y desintoxicación de alcohol y drogas.</p> <p>94.61 Rehabilitación del alcohol.</p> <p>94.62 Desintoxicación del alcohol.</p> <p>94.63 Rehabilitación y desintoxicación del alcohol.</p> <p>94.69 Rehabilitación y desintoxicación combinada de alcohol y drogas.</p>
Impacto esperado en salud.	Disminución de la tasa de incidencia y prevalencia de alcoholismo. Disminución de la tasa de mortalidad por alcoholismo. Disminución de la tasa de morbilidad hospitalaria por alcoholismo.		
Metodología¹.	<p>Definir el enfoque de la GPC.</p> <p>Elaboración de preguntas clínicas.</p> <p>Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia.</p> <p>Protocolo sistematizado de búsqueda.</p> <p>Revisión sistemática de la literatura.</p> <p>Búsquedas de bases de datos electrónicas.</p> <p>Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores.</p> <p>Búsqueda manual de la literatura.</p> <p>Número de fuentes documentales revisadas: 17.</p> <p>Guías seleccionadas: 15 del periodo 1998-2008.</p> <p>Revisiones sistemáticas.</p> <p>Ensayos controlados aleatorizados.</p> <p>Reporte de casos.</p> <p>Validación del protocolo de búsqueda por la Biblioteca del Instituto Nacional Psiquiatría.</p> <p>Adopción de guías de práctica clínica Internacionales:</p> <p>Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia.</p> <p>Construcción de la guía para su validación.</p> <p>Responder a preguntas clínicas por adopción de guías.</p> <p>Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional.</p> <p>Responder a preguntas clínicas por revisión sistemática.</p>		
Método de validación y adecuación.	Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: CONADIC y Centros de Integración Juvenil AC. Revisión institucional: Hospital General de México..		
Conflictos de interés.	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.		
Registro y actualización.	Registro: SSA-097-08 Fecha de actualización:		

¹ PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA, PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX/.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Qué es el síndrome de abstinencia alcohólica (SAA)?
2. ¿Cuáles son los criterios de clasificación clínica del SAA?
3. ¿Cuáles son los signos que caracterizan a la SAA?
4. ¿Cuáles son los síntomas que caracterizan a la SAA?
5. ¿Cómo se realiza el diagnóstico de la SAA?
6. ¿Qué aspectos clínicos debo evaluar inicialmente en un paciente con SAA?
7. ¿Cuáles son las características que hacen a un individuo más vulnerable para presentar una complicación por un SAA?
8. ¿Cuáles son las complicaciones médicas más frecuentes que pueden suceder durante la SAA?
9. ¿Cuál es el pronóstico global del paciente que cursa con una SAA según la gravedad?
10. ¿Cuál es el abordaje terapéutico a seguir según la gravedad de la SAA?
11. ¿Cuáles son los criterios de referencia a segundo y tercer niveles de atención en una SAA?
12. ¿Cuáles pacientes con SAA requieren un tratamiento farmacológico?
13. ¿Cuáles son los fármacos que han mostrado mejor efectividad dependiendo de las características clínicas?
14. ¿Cuál debe ser el seguimiento en un paciente con SAA?
15. ¿Qué medidas son efectivas para la prevención de la SAA?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

La adicción a sustancias psicoactivas es el mayor problema de salud pública a nivel mundial con el tercer lugar de morbi-mortalidad por causas prevenibles (*OMS 2002*), debido al consumo de alcohol, además de su asociación a padecimientos como cirrosis hepática, la dependencia alcohólica y relación con las lesiones producidas por vehículos de motor y violencia, teniendo impacto sobre la calidad de vida de las personas.

La gran mayoría de las personas con alcoholismo son atendidos en modelos no médicos (casas de recuperación, anexos), lo cual muchas veces, dado el alto riesgo de complicaciones médicas y psiquiátricas asociadas al proceso de desintoxicación, no hace de estos modelos los lugares deseables de tratamiento. Son insuficientes las instancias para el manejo del alcoholismo, y dada la prevalencia de este padecimiento, es necesario que instituciones de salud en el primer nivel de atención intervengan en su atención.

3. ASPECTOS GENERALES

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica **Manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en el adulto en el primer nivel de atención** forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Diagnosticar y tratar oportunamente el síndrome de abstinencia alcohólica.
2. Llevar a cabo un proceso de referencia cuando este sea requerido.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3. ASPECTOS GENERALES

3.3 DEFINICIÓN

El síndrome de **abstinencia del alcohol SAA** se caracteriza por la presencia de hiperactividad vegetativa (temblor, sudoración, taquicardia, hipertensión arterial, náuseas, vómitos), síntomas de ansiedad, irritabilidad, inquietud, insomnio y deseo imperioso o “necesidad” (“craving”) de ingerir alcohol, debido al cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de alcohol. (DSM-IV-TR, CIE- 10). Generalmente surge de seis a 24 horas después de la última bebida consumida. *NHMRC clinical guideline - Treatment of Alcohol Problems, 2003.*

Cuando la abstinencia es grave el paciente puede presentar crisis convulsivas generalizadas y alteraciones perceptivas (alucinaciones) en el contexto de un estado confusional (*delirium*), que cursa con agitación psicomotora y que si no es correctamente tratado puede conducir incluso a la muerte, sobre todo cuando el paciente presenta otros trastornos orgánicos concomitantes como traumatismo cráneo-encefálico, hemorragia cerebral, neumonía, graves alteraciones hidroelectrolíticas, etc. *DSM-IV-TR, CIE- 10.*

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía, son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

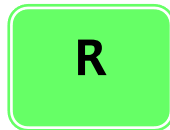
La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, citando en cursivas su significado. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN

4.1 HALLAZGOS CLÍNICOS
4.1.1 SIGNOS Y SÍNTOMAS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p>	<p>Los síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica pueden agruparse en hiperexcitabilidad del sistema nervioso central, hiperactividad del sistema nervioso autónomo y alteraciones cognitivas. Su gravedad puede empeorar de leve a moderada entre las 24 a 72 horas posteriores a la retirada del alcohol. Puede alcanzar una extrema gravedad a los tres o cuatro días de evolución.</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>Guías clínicas basadas en evidencia. <i>Guardia J, 2007.</i></p>
<p>E</p>	<p>Los signos que caracterizan al SAA son: hipertermia, taquicardia, incremento de la frecuencia respiratoria, hipertensión, temblor.</p> <p style="text-align: right;">4</p> <p>Guía para el tratamiento de los problemas por alcohol. <i>National Drugs and Alcohol Research Centre, 2003.</i></p>
<p>E</p>	<p>Los síntomas del SAA son: náusea, vómito, sudoración, agitación y ansiedad, alteraciones del sueño, alteraciones táctiles (como piquetes, comezón, ardor, parestesias, formicación, "sensación de toques eléctricos", alucinaciones táctiles), alteraciones visuales o auditivas incluyendo alucinaciones.</p> <p style="text-align: right;">4</p> <p>Guía para el tratamiento de los problemas por alcohol. <i>National Drugs and Alcohol Research Centre, 2003.</i></p>

4.1 HALLAZGOS CLÍNICOS
4.1.2 CLASIFICACIÓN CLÍNICA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



La escala *Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale for Alcohol* revisada **CIWA-Ar** permite evaluar la gravedad del síndrome de abstinencia al alcohol, pero conviene repetir su aplicación cada hora, tras la retirada del alcohol, ya que la abstinencia puede agravarse progresivamente.

La puntuación total es la suma simple de cada ítem, siendo la puntuación máxima = 67.

CIWA <10: SAA leve
CIWA 10-20: SSA moderado
CIWA >20: SAA grave

1

Guías clínicas basadas en evidencia. *Guardia J, 2007.*



- **SAA leve:** generalmente consiste en ansiedad, irritabilidad, dificultad para dormir y disminución del apetito.
- **SAA moderado:** se define con menor claridad pero presenta algunas características del síndrome de abstinencia moderado y severo.
- **SAA severo:** usualmente se caracteriza por temblor obvio de manos y brazos, sudoración, elevación del pulso (>100/min) y de la presión arterial (>140/90 mm Hg), náusea (algunas veces vómito) e hipersensibilidad al ruido (que aparenta ser más fuerte que el usual) y a la luz (aparenta ser más intensa que lo usual).

4

Protocolo de tratamiento. *Center for Substance Abuse Treatment, 2006.*

4.2 VALORACIÓN

4.2.1 DIAGNÓSTICO OPORTUNO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

La entrevista clínica semiestructurada debe ser utilizada como herramienta diagnóstica de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y en todos los ámbitos clínicos, siempre que se disponga de al menos 15 minutos para realizarla.

C

Guías clínicas basadas en evidencia.
Guardia J, 2007.

4.2 VALORACIÓN

4.2.2 EVALUACIÓN INICIAL

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La consulta inicial debe incluir una evaluación de los signos y síntomas esperados y la severidad de la abstinencia.

IV

Protocolo de tratamiento.
Center for Substance Abuse Treatment, 2006.

E

La severidad de los síntomas depende del número de bebidas por día, la duración del tiempo en que estuvo consumiendo, número de episodios previos de abstinencia alcohólica, una enfermedad conocida coexistente y el uso de otras sustancias psicoactivas.

IV

Guía para el tratamiento de los problemas por alcohol.
National Drugs and Alcohol Research Centre, 2003.

4.3 PRONÓSTICO

4.3.1 COMPLICACIONES

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p>	<p>El riesgo de que un síndrome de abstinencia leve evolucione hacia uno grave se incrementa en pacientes mayores de 40 años con más de ocho años de consumo y con marcadores biológicos de consumo excesivo de alcohol alterados.</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>Guías clínicas basadas en evidencia. <i>Guardia J, 2007.</i></p>
<p>R</p>	<p>Los factores clínicos más útiles para evaluar la probabilidad y la extensión de un episodio actual de abstinencia es el último cuadro de abstinencia del paciente y el número de episodios previos de abstinencia que haya experimentado (tratados o no tratados), con tres o cuatro siendo un número particularmente significativo para la aparición de reacciones de abstinencia severas a menos que se provea de un atención médica adecuada.</p> <p style="text-align: right;">D</p> <p>Protocolo de tratamiento. <i>Center for Substance Abuse Treatment, 2006.</i></p>
<p>E</p>	<p>Pueden ocurrir complicaciones del SAA como convulsiones, alucinaciones, <i>delirium</i> y <i>delirium tremens</i>. Se debe monitorizar al paciente con una escala para la abstinencia y dar manejo farmacológico.</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>Guía para el tratamiento de los problemas por alcohol. <i>National Drugs and Alcohol Research Centre, 2003.</i></p>

4.3 PRONÓSTICO

4.3.2 PRONÓSTICO GLOBAL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p>	<p>El curso del SAA es impredecible y las técnicas actuales disponibles de tamizaje y evaluación, no nos permiten predecir con confianza quien o no experimentará complicaciones que pongan en riesgo la vida.</p> <p style="text-align: right;">D</p> <p>Protocolo de tratamiento. <i>Center for Substance Abuse Treatment, 2006.</i></p>

4.4 ABORDAJE

4.4.1 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R La realización del tratamiento del síndrome de abstinencia del alcohol en un contexto ambulatorio u hospitalario dependerá de factores médicos del paciente y de su accesibilidad a recursos sociales o familiares.</p>	<p>A Guías clínicas basadas en evidencia. <i>Guardia J, 2007.</i></p>
<p>E En los pacientes con síntomas leves o moderados del síndrome de abstinencia alcohólica, siempre que no presenten una grave comorbilidad médica, psiquiátrica o adictiva, el tratamiento de desintoxicación ambulatorio es igual de efectivo y seguro que el tratamiento hospitalario, con menor costo y mayor accesibilidad.</p>	<p>1 Guías clínicas basadas en evidencia. <i>Guardia J, 2007.</i></p>

4.4.1 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

4.4.1.1 MANEJO NO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R Individuos jóvenes, con buena salud, sin historial de abstinencia previa, pueden ser bien manejados sin medicación.</p>	<p>D Protocolo de tratamiento. <i>Center for Substance Abuse Treatment, 2006.</i></p>
<p>R La medicación puede no ser necesaria si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el paciente reporta un consumo menor a 15 unidades/día en hombres y 10 unidades/día en mujeres y no reporta síntomas de abstinencia reciente ni consumo reciente para prevenir los síntomas de abstinencia; • el paciente no tiene aliento alcohólico y no presenta signos o síntomas de abstinencia. 	<p>4 Guía clínica. <i>SIGN, 2003.</i></p>

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

Métodos de manejo del SAA sin medicación incluyen: apoyo interpersonal frecuente, provisión de adecuados fluidos y comida, atención a la higiene, sueño adecuado y el mantenimiento en un ambiente libre de alcohol y drogas.

D

Protocolo de tratamiento.
Center for Substance Abuse Treatment, 2006

4.4.1 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

4.4.1.2 MANEJO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

Los pacientes que requieren medicación inmediata incluyen aquellos que están en abstinencia y que demuestran síntomas moderados.

D

Protocolo de tratamiento.
Center for Substance Abuse Treatment, 2006.

E

En el tratamiento farmacológico del síndrome de abstinencia alcohólica se utilizan fármacos hipno-sedativos: benzodiazepinas, anticomiciales, simpaticolíticos y anti-dopaminérgicos. Además, vitaminoterapia (especialmente tiamina) para prevenir el síndrome de Wernicke-Korsakoff.

1

Guías clínicas basadas en evidencia.
Guardia J, 2007.

E

Se deben de prescribir multi-vitámicos durante la fase de abstinencia alcohólica.

4

Guía para el tratamiento de los problemas por alcohol.
National Drugs and Alcohol Research Centre, 2003.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p>	<p>Las benzodiazepinas, especialmente de vida media larga, ofrecen mayor grado de evidencia sobre eficacia y tolerabilidad que cualquier otro tratamiento alternativo o complementario, recomendándose su uso ante síntomas claros de síndrome de abstinencia alcohólica o ante el riesgo de convulsiones o <i>delirium tremens</i>.</p> <p>Guías clínicas basadas en evidencia. <i>Guardia J, 2007.</i></p> <p>1</p>
<p>R</p>	<p>Las benzodiazepinas se pueden utilizar en primer nivel de atención para el manejo de los síntomas de abstinencia en la desintoxicación alcohólica, por un periodo máximo de siete días.</p> <p>Guía clínica. <i>SIGN, 2003.</i></p> <p>A</p>
<p>E</p>	<p>Los esquemas de reducción fija de dosis de benzodiazepinas son efectivos en la atención primaria.</p> <p>Guía clínica. <i>SIGN, 2003.</i></p> <p>2++</p>
<p>E</p>	<p>No existe evidencia suficiente de la eficacia de los antiepilépticos para el tratamiento del SAA.</p> <p>Guías clínicas basadas en evidencia. <i>Guardia J, 2007.</i></p> <p>3</p>
<p>E</p>	<p>Los barbitúricos, antipsicóticos, bloqueadores beta adrenérgicos, clonidina y clordiazepóxido, no tienen un lugar de rutina en el manejo del SAA.</p> <p><i>NHMRC clinical guideline Treatment of Alcohol Problems, 2003</i></p> <p>1</p>

4.4 ABORDAJE
4.4.2 SEGUIMIENTO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E Una vez que la estabilidad clínica se ha alcanzado, se debe de realizar una disminución gradual de benzodiazepinas y otros medicamentos, según sea necesario y el paciente deberá ser observado para reaparición de los síntomas de abstinencia y la emergencia de signos y síntomas sugestivos de trastornos psiquiátricos comórbidos.</p>	<p>1 Guía práctica para el tratamiento de pacientes con problemas por abuso de sustancias. <i>APA, 2006.</i></p>
<p>R Cuando no se requiere medicamento para el manejo del SAA, los pacientes deberían ser informados que al inicio de la desintoxicación pueden sentirse nerviosos o ansiosos por varios días con dificultad para dormir por varias noches.</p>	<p>D Guía clínica. <i>SIGN, 2003.</i></p>

4.4 ABORDAJE

4.4.3 REFERENCIA A SEGUNDO Y A TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E El manejo intrahospitalario del SAA se requiere para pacientes que tienen historia de síntomas de abstinencia severos, una enfermedad médica o psiquiátrica coexistente y/o un ambiente desfavorable en el hogar.</p>	<p style="text-align: right;">II</p> <p>Guía para el tratamiento de los problemas por alcohol. <i>National Drugs and Alcohol Research Centre, 2003.</i></p>
<p>E La desintoxicación hospitalaria es recomendada si el paciente presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confusión o alucinaciones • Epilepsia o historia de crisis convulsivas • Desnutrición • Vómito o diarrea severos • Riesgo de suicidio • Dependencia severa aunado a no disposición a ser valorado diariamente • Manejo ambulatorio fallido • Síntomas de abstinencia incontrolables • Trastorno agudo físico o psiquiátrico • Abuso de múltiples sustancias • Red de apoyo primario pobre 	<p style="text-align: right;">4</p> <p>Guía clínica. <i>SIGN, 2003.</i></p>
<p>Si no está disponible la admisión hospitalaria o si el paciente la rechaza, se debe de buscar la opinión del especialista para ayudar a valorar el riesgo presente.</p>	

4.5 PREVENCIÓN

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

El tratamiento/rehabilitación incluye un seguimiento continuo del estado físico, psicológico y social del paciente, así como un análisis de los factores de riesgo ambientales que pueden contribuir al uso de la sustancia y la identificación de disparadores inmediatos de recaídas, y la prevención para afrontarlos.

S/G

Protocolo de tratamiento.
Center for Substance Abuse Treatment, 2006.

R

En pacientes intoxicados con una abstinencia alcohólica incipiente, no existen estudios controlados que evalúen las propiedades de algún medicamento para la abstinencia.

S/G

BAP Guía basada en evidencias.
Lingford -Hughes AR, 2004.

5. ANEXOS

5.1 ESCALA CIWA

Escala CIWA: *Clinical Institute withdrawal Assessment Scale for Alcohol*, revisada (CIWA-Ar. Sullivan y cols, 1989).

Náuseas y vómitos. Preguntar: "¿se siente mal del estómago? ¿Ha vomitado?"

- 0 No náuseas ni vómitos
- 1 Náuseas ligeras sin vómitos
- 4 Náuseas intermitentes con arcadas

Tembler. Observación

- 0 No temblor
- 1 Temblor no visible pero puede sentirse al tacto
- 4 Temblor moderado con las manos extendidas
- 7 Temblor severo incluso con las manos en reposo

Sudoración paroxística. Observación

- 0 No sudor
- 1 sudoración leve en palmas de las manos
- 4 Sudoración visible en la frente
- 7 Sudoración profusa generalizada

Agitación. Observación

- 0 Actividad normal
- 1 Actividad un poco mayor de lo normal
- 4 Moderadamente inquieto

Cefalea, sensación de plenitud en la cabeza.

No considerar la sensación de mareo

- 0 No hay
- 1 Muy leve
- 2 Moderada
- 3 Moderadamente grave
- 4 Grave
- 5 Muy grave
- 6 Extremadamente grave

Ansiedad. Preguntar: "¿Se siente nervioso?"

Observación

- 0 Tranquilo
- 1 Ligeramente ansioso
- 4 Moderadamente ansioso, reservado
- 7 Se mueve sin cesar

Trastornos visuales. Preguntar: "¿Está viendo algo que le inquieta?" Observación

- 0 No hay
- 1 Sensibilidad leve
- 3 Sensibilidad moderada
- 5 Alucinaciones graves
- 7 Alucinaciones continuas

Trastornos táctiles. Preguntar: "¿siente algo extraño en su piel?" Observación

- 0 No
- 1 Prurito, pinchazos, ardor o adormecimiento leves
- 2 Leves
- 3 Moderados
- 5 Alucinaciones táctiles graves
- 7 Alucinaciones continuas

Trastornos auditivos. Preguntar: "¿Está escuchando algo que lo alarma?" Observación

- 0 No
- 1 Intensidad o capacidad para asustarse muy leve
- 3 Intensidad o capacidad para asustarse moderada
- 5 Alucinaciones auditivas graves
- 7 Alucinaciones continuas

Orientación y entorpecimiento del sensorio.

Preguntar: "¿Qué día es? ¿Dónde está? ¿Quién es?"

- 0 Orientado
- 1 No puede añadir datos en serie
- 2 Desorientado para la fecha en menos de dos días de calendario
- 3 Desorientado para la fecha en más de dos días de calendario
- 4 Desorientado en lugar, persona o ambas cosas

Total CIWA-Ar: _____

Puntuación máxima posible: 67 puntos.

Tabla 1. Evaluación biomédica inicial

Historial de salud general:

¿Cuál es el historial médico y quirúrgico del paciente? ¿Existe alguna condición médica o psiquiátrica? ¿Hay alguna alergia conocida a medicamentos? ¿Hay historial de crisis convulsivas?

Estatus mental:

¿Está el paciente orientado, alerta, cooperador? ¿Hay pensamientos incoherentes? ¿Hay signos de psicosis o pensamientos destructivos?

Evaluación física general y examen neurológico

Esto precisará la condición general del paciente e identificará alguna alteración médica o psiquiátrica de interés inmediato.

Temperatura, pulso, presión arterial

Son importantes indicadores y deberían ser monitorizados a lo largo del proceso.

Patrones de uso de sustancias

¿Cuándo las usó por última vez el paciente? ¿Cuáles son las sustancias que usa? ¿Hace cuánto que usa estas sustancias y con qué frecuencia?

Evaluación toxicológica urinaria para las sustancias con potencial de abuso más comunes.

Tratamientos anteriores de desintoxicación

Se debería incluir el curso y número de episodios previos de síndrome de abstinencia, así como cualquier complicación que pudo haber ocurrido.

Tabla 2. Factores de riesgo para la presentación de complicaciones

Trastorno agudo físico o psiquiátrico
Epilepsia o historia de crisis convulsivas
Confusión o alucinaciones
Riesgo de suicidio
Desnutrición
Vómito o diarrea severa
Síntomas de abstinencia incontrolables
Dependencia severa aunado a no disposición para ser valorado diariamente
Abuso de múltiples sustancias
Pobre red de apoyo primario
Historial previo de un manejo ambulatorio fallido para el síndrome de abstinencia

El manejo intrahospitalario del SAA se requiere para pacientes que tienen factores de riesgo para presentar complicaciones: historia de síntomas de abstinencia severos, una enfermedad médica o psiquiátrica coexistente y/o un ambiente desfavorable en el hogar.

Una **unidad de bebida estándar** es aquella cantidad de alcohol que un cuerpo sano puede eliminar en una hora. A continuación están los equivalentes de bebidas estándares. Estos son aproximados, ya que el contenido real de alcohol varía según la marca y el tipo de bebida.

- Una lata (355 ml, 12 oz) de cerveza (5%).
- Una copa (148 ml, 5 oz) de vino de mesa (12%).
- Una copa (44 ml, 1.5 oz) de brandy (40% alcohol).
- Una copa (44 ml, 1.5 oz) de ginebra, vodka, whisky (40% alcohol).
- Un caballito (44 ml, 1.5 oz) de tequila (40% alcohol).
- Una copita (44 ml, 1.5 oz) de mezcal (40% alcohol).
- Una copita (44 ml, 1.5 oz) de aguardiente (40% alcohol).
- Una lata o botella de bebidas preparadas.
- Un tarro o jícara de pulque.
- Un vaso (250 ml) de licor de malta (7% alcohol).
- Una copita (103 ml, 3.5 oz) de vino fortificado, jerez o porto (17% alcohol).
- Una copita (2.5 oz) de cordial, licor o aperitivo (24% alcohol).

Fuente: *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) 2005 modificada.*

5. ANEXOS

5.1 GLOSARIO

Abordaje inicial: primeras acciones enfocadas al tratamiento o a la prevención del consumo de sustancias.

Abuso: uso de una droga por una razón diferente a la cual se pretendía o en cantidades y forma diferentes a las indicadas.

Alteraciones del sueño: involucran cualquier tipo de dificultad relacionada con el hecho de dormir, incluyendo dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, tiempo de sueño total excesivo o conductas anormales relacionadas con el sueño.

Alucinaciones: percepción falsa de los estímulos externos a través de los sentidos (percibir sin objeto) en un estado despierto y consciente.

Ansiedad: estado emocional que se caracteriza por un sentimiento de miedo (ante lo desconocido) con aumento en las funciones fisiológicas adrenérgicas.

Apoyo interpersonal: brindar protección, auxilio o favor a otra persona.

Atención: capacidad de orientar la actividad psíquica para seleccionar ciertos estímulos y discriminar otros.

Centro de atención para las adicciones: lugar especializado en el manejo, prevención y/o rehabilitación de personas con padecimientos adictivos.

Cognición: conjunto de procesos mentales que dan origen al pensamiento, razonamiento, memoria, atención.

Concentración: capacidad para mantener la atención en determinados estímulos.

Conducta: patrón de comportamiento condicionado por la interacción con el medio ambiente.

Conducta adictiva: serie de factores que generan y conllevan a la búsqueda de sustancias con potencial adictivo.

Confabulación: se produce por un deterioro de la memoria; al no ser capaz de recordar algo debido a este deterioro, falseará la respuesta. Esto no significa que estén mintiendo conscientemente.

Confusión: es la incapacidad para pensar con la claridad y velocidad usuales. Presenta cierta dificultad para centrar la atención o se puede estar desorientada.

Comorbilidad: es la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico.

Crisis convulsiva: cambio súbito en el comportamiento debido a la actividad eléctrica anormal en el cerebro.

Delirium o estado confusional agudo: síndrome mental orgánico transitorio, caracterizado por un trastorno global de la cognición y la atención, un nivel de conciencia reducido, incremento o reducción de la actividad psicomotora y un desorden en el ciclo sueño-vigilia.

Dependencia al alcohol: es una forma crónica de abuso de alcohol que tiene efectos fisiológicos, de conducta y cognitivos: cuando se toma alcohol repetidamente, y durante un periodo de tiempo prolongado, el cerebro se adapta a su uso, esto es, el cuerpo se vuelve tolerante al alcohol y depende de él para mantener algunas de sus funciones.

Depresión: trastorno mental que afecta el ánimo y que se caracteriza por abatimiento emocional, infelicidad, dificultad para disfrutar las cosas que previamente hacían sentir bien a un individuo.

Desintoxicación: es un grupo de intervenciones con el objetivo de manejar la intoxicación aguda y la abstinencia. Denota una eliminación de toxinas del cuerpo del paciente que esta agudamente intoxicado y/o depende de alguna sustancia de abuso.

Drogas ilegales: Medicamentos o sustancias no prescritos por un médico o personal de salud, que se obtiene por medios ilegales, y que pueden tener un potencial adictivo.

Drogas médicas: medicamentos o sustancias prescritos por el médico y que pueden tener un potencial adictivo.

Estabilización: incluye el proceso médico y psicosocial de asistir al paciente a través de la intoxicación aguda y la abstinencia para lograr un estado médico estable, con un apoyo completo y libre de sustancias.

Factores de riesgo: conjunto de características que predisponen al sujeto a consumir una sustancia, y que esa sustancia sea o no potencialmente adictiva.

Factores estresantes medioambientales: factores que se dan alrededor del sujeto para el consumo de una sustancia (como por ejemplo, familia, sociedad).

Formicación: sensación de que los insectos se arrastran bajo la piel.

Hipertensión: condición médica caracterizada por un incremento de las cifras de presión arterial mayor a 140/90 mm Hg.

Hipertermia: temperatura elevada mas allá de la temperatura normal (37grados centígrados).

Ideas delirantes: creencias falsas sobre la realidad externa, basada en inferencias incorrectas, que se sostienen firmemente a pesar de que los demás estén en desacuerdo o se obtenga pruebas y evidencias indiscutibles en su contra.

Impulsividad: patrón de autocontrol disminuido, con problemas para inhibir las respuestas iniciales y a reparar en ellas.

Instrumentos: métodos para evaluar consumo de sustancias y grado de severidad (cuestionarios, escalas).

Interdisciplinaria: que incluye varias disciplinas o áreas de estudio.

Intentos suicidas: el acto de intentar quitarse la propia vida, por medio de varios métodos auto infligidos.

Interacción multisistémica: interacción entre factores de varios aspectos: social, psicológico, médico, etc.

Intoxicación: estado en el cual se ve alterada la función fisiológica normal y que es producida por la ingestión o por la inhalación de sustancias tóxicas.

Irritabilidad: estado emocional que se caracteriza por sensibilidad acentuada hacia los estímulos ambientales y sociales, lo cual puede provocar enojo o tristeza exagerada.

Marcadores biológicos: son entidades medibles y cuantificables que sirven como índices de salud y asesoramiento fisiológico. Los marcadores biológicos clásicos de consumo de alcohol son: la **gama-glutamyl -transpeptidasa GGT** y el **volumen corpuscular medio VCM**.

Norma oficial mexicana 028 SSA (NOM-028-SSA2-1999): tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Parestesias: sensaciones anormales que pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo. Hormigueo o entumecimiento.

Percepción: la percepción es la función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno.

Profesional en salud mental: personas capacitadas en el manejo de estrategias de prevención y atención de enfermedades encaminadas a la salud mental de la población (enfermeras, médicos generales, psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos.)

Primer nivel de atención: servicios de salud que satisfacen la mayoría de las necesidades de atención básica de salud con el transcurso del tiempo. La atención primaria incluye exámenes físicos, tratamiento de las afecciones médicas comunes y atención preventiva, como la inmunización y la detección. Los médicos del primer nivel de atención son generalmente los primeros profesionales de la salud a quienes los pacientes consultan para la atención médica básica.

Psiquiatría: rama de la medicina la cual se encarga del estudio y tratamiento de los trastornos mentales

Recaída: la reaparición de síntomas y signos de un trastorno posterior a un periodo de mejoría.

Síndrome abstinencia: conjunto de reacciones fisiológicas que ocurren cuando una persona con dependencia a sustancias deja de consumirla.

Síndrome de Wernicke-Korsakoff: el síndrome de Wernicke es un trastorno cerebral debido a la deficiencia de tiamina. El síndrome de Korsakoff es la forma crónica del síndrome de Wernicke y está caracterizada por la pérdida de la memoria a corto plazo y confabulación, con preservación relativa de otras funciones intelectuales.

Síntomas cognoscitivos: síntomas relacionados a trastornos en el proceso del pensamiento como el aprendizaje, comprensión, memoria, razonamiento y juicio.

Sustancias psicoactivas: cualquier compuesto que genera alteraciones sobre la actividad mental.

Tamizaje: realizar un proceso de detección de una patología.

Tolerancia: proceso por el cual el organismo necesita cantidades cada vez más grandes de una sustancia para conseguir el efecto deseado.

Tratamiento eficaz: medidas de abordaje exitosas con las cuales se logra la rehabilitación, recuperación y/o reinserción social de sujetos con trastornos relacionados al consumo de sustancias.

Tratamientos previos fallidos: programas de atención que no lograron su cometido.

Uso múltiple de sustancias: uso de dos o más sustancias psicoactivas con potencial de abuso.

Vida media corta: sustancia o metabolito que hace sus principales acciones en corto tiempo (hasta 24 horas).

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Anne M. Holbrook AM, Crowther R & cols. *Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol Withdrawal*. CMAJ 1999; 160:649-55.
2. American Psychiatric Association. *Practice guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders*. 2006. Second Edition.
3. Bankole A. Johnson. *Update on neuropharmacological treatments for alcoholism: Scientific basis and clinical findings*. Biochemical pharmacology 75, 20 0 8, 3 4 – 56.
4. Berglund M, Andreasson S, Franck J, Fridell M, Hakanson I, Johansson B-A et al. *Treatment of alcohol and drug abuse - an evidence-based review*. Stockholm: Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU) 2001: 850.
5. Center for Substance Abuse Treatment. *Detoxification and Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 45*. DHHS Publication No. (SMA) 06-4131. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006.
6. Claassen CA, Adinoff B. *Alcohol Withdrawal Syndrome Guidelines for Management*, CNS Drugs, 1999Oct; 12 (4): 279-291.
7. Commonwealth Department of Health and Ageing *Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems*. National Drug and Alcohol Research Centre, 2003.
8. Josep Guardia Serecigni JG, Jiménez-Arriero MA, Pascual P, Flórez G. *Alcoholismo: Guías Clínicas Basadas en la Evidencia Científica*, Socidrogalcohol, Segunda edición. 2007.
9. Lingford-Hughes AR, Welch S, Nutt DJ. *Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: recommendations from the British Association for Psychopharmacology*. Journal of Psychopharmacology, 18(3) (2004) 293–335.
10. National Health and Medical Research Council. *Australian alcohol guidelines for low-risk drinking. Draft for public consultation*. Australian Government. 2007. http://www.nhmrc.gov.au/consult/_files/draft_australian_alcohol_guidelines.pdf.
11. NIAAA. *State of the science report on the effects of moderate drinking*. 2003. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/ModerateDrinking-03.htm>.
12. NIAAA. *Ayudando a pacientes que beben en exceso*. 2005. http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/Spanish/clinicians_guide_sp.htm.
13. Ntais C, Pakos E, Kyzas P, Ioannidis JPA. *Benzodiazepinas para el síndrome de abstinencia alcohólica (Revisión Cochrane traducida)*. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
14. Polycarpou A, Papanikolaou P, Ioannidis JPA, Contopoulos-Ioannidis DG. *Anticonvulsivantes para el síndrome de abstinencia alcohólica (Revisión Cochrane traducida)*. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
15. Raistrick D, Heather N, Godfrey C. *Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems*. National treatment agency for substance misuse. NTA 2006, Department of health gateway, UK.
16. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care*. A national clinical guideline No. 74. 2003.
17. Williams D, McBride A, *The drug treatment of alcohol withdrawal symptoms: A systematic review*. Alcohol & Alcoholism 1998, Vol. 33, No. 2, pp. 103-115.

7. COMITÉ ACADÉMICO/EDITORIAL

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Esteban Hernández San Román	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
M. en A. Héctor Javier González Jácome.	Subdirector de guías de práctica clínica
M. en A. María de Lourdes Dávalos Rodríguez	Coordinación Científica y Editorial Guías de Práctica Clínica.
Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández	Coordinadora de guías de gineco-obstetricia
Dr. Eric Romero Arredondo	Coordinador de guías de cirugía
Dr. Domingo Antonio Ocampo	Coordinador de guías de pediatría
Dr. Luis Agüero y Reyes	Coordinador de guías de medicina interna
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación documental
Lic. Ana María Otero Prieto	Comunicación y logística
Lic. Margarita Isela Rivera Ramos	Diseño gráfico
Lic. Alejandra Thomé Martínez	Revisión editorial

8. DIRECTORIOS

Secretaría de Salud.

Dr. José Ángel Córdova Villalobos.

Secretario de Salud.

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

Dr. Julio Sotelo.

Comisionado.

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS.

Mtro. Juan Francisco Molinar Horcasitas.

Director General.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE.

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares.

Director General.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF.

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín.

Titular del organismo SNDIF.

Petróleos Mexicanos / PEMEX.

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza.

Director General.

Secretaría de la Marina.

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza.

Secretario de Marina.

Secretaría de la Defensa Nacional.

General Guillermo Galván Galván.

Secretario de la Defensa Nacional.

Consejo de Salubridad General.

Dr. Enrique Ruelas Barajas.

Secretario del Consejo de Salubridad General.

Directorio institucional.

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg,
**Director General de Coordinación de los
Institutos Nacionales de Salud.**

Dra. María Elena Teresa Medina Mora Icaza,
**Directora General, Instituto Nacional de
Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente".**

Dr. Armando Vázquez Guerra López,
Director de Servicios Clínicos, INP.

9. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Innovación y Calidad y Presidenta del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Avila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada Médico Cirujano Víctor Manuel Rico Jaime Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contralmirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. de las Mercedes Gómez Mont Urueta Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Octavio Rodrigo Martínez Pérez Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua	Titular 2009-2010
Dra. Elvia E. Patricia Herrera Gutiérrez Secretaría de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Durango	Titular 2009-2010
Dr. Ramón Armando Luna Escalante Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Michoacán	Titular 2009-2010
Acad. Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente

Dr. Roberto Simon Sauma
Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados

Dr. Luis Miguel Vidal Pineda
Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud

Dr. Esteban Hernández San Román
Director de Evaluación de Tecnologías en Salud de CENETEC y Secretario Técnico del Comité Nacional de GPC

Asesor Permanente

Asesor Permanente

Secretario Técnico