

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

**Atención del paciente con
ESGUINCE CERVICAL
en el primer nivel de atención**

Evidencias y recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-008-08**

**CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL**



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que no asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen 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 las emplea como referencia, así como las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles del momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: Atención del paciente con esguince cervical en el primer nivel.

México: Secretaría de Salud; 2008.

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

ISBN en trámite

CIE 10: S134 Esguinces y torceduras de la columna cervical

Atención del paciente con esguince cervical en el primer nivel

Coordinador: Dr. Juan Manuel Guzmán González	Medicina Física y Rehabilitación	Secretaría de Salud	Director de Área Secretariado técnico del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONADIS)
Autores: Dra. Mariana García Ortiz	Médico Maestría en ciencias en salud pública, con área de concentración en epidemiología.	Secretaría de Salud	Subdirectora de Área Secretariado Técnico del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONADIS)
Dra. Ma. del Carmen García Peña	Medicina familiar	Academia Nacional de Medicina	Académico de número Sillón Medicina Familiar
Dra. Ma. Elva García Salazar	Medicina física y rehabilitación	Asociación Médica Latinoamericana de Rehabilitación	Secretaria
Dra. Susana González Ramírez	Medicina física y rehabilitación	Sociedad Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación, A. C.	Presidente
Dr. Juan Manuel Guzmán González	Medicina física y rehabilitación	Secretaría de Salud	Director de Área Secretariado Técnico del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONADIS)
Dra. Blanca Estela Hernández Leyva	Medicina física y rehabilitación	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud
Dra. Guadalupe Melgoza González	Medicina física y rehabilitación	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe de Área División de Infraestructura Médica. Coordinación de Planeación e Infraestructura Médicas
Dr. José Javier Osorio Salcido	Medicina del Deporte	Secretaría de Salud	Secretario Técnico Secretariado Técnico del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONADIS)
Dr. Ricardo Pérez Cuevas	Médico Familiar Maestría en Administración en Servicios de Salud	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud
Dra. Martha Cecilia Ruiz Lozano	Medicina física y rehabilitación	Instituto de Seguridad Social al Servicios de los Trabajadores del Estado	Subdirección General Médica Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria Jefatura de Servicios de Medicina Especializada y Hospitalaria
Dr. Jesús Solórzano Martínez	Medicina física y rehabilitación	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe de Área División de Rehabilitación Coordinación de Áreas Médicas
Validación Interna: Dr. José Cymet Ramírez	Medicina física y rehabilitación	Colegio Mexicano de Ortopedia y Traumatología, A. C.	Vicepresidente
Validación Externa: Dr. Alejandro Antonio Reyes Sánchez	Medicina física y rehabilitación	Academia Mexicana de Cirugía	Académico
Revisión Interinstitucional: Dr. Alfonso Servín Álvarez	Medicina física y rehabilitación	División de Rehabilitación CAM, IMSS	División de Rehabilitación Coordinación de Áreas Médicas
Dr. Luis Cabrera Sedeño	Medicina física y rehabilitación	División de Rehabilitación CAM, IMSS	División de Rehabilitación Coordinación de Áreas Médicas

ÍNDICE

1. Clasificación	5
2. Preguntas a responder por esta guía	6
3. Aspectos generales	6
3.1 Justificación	6
3.2 Objetivo de esta guía.....	7
3.3 Definición	7
4. Evidencias y recomendaciones	8
4.1. Detección	9
4.1.1 Factores de riesgo.....	9
4.1.2 Historia clínica.....	12
A	13
Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.....	13
4.1.3 Exploración física.....	13
4.1.4 Estudios de imagen.....	14
4.2. Tratamiento	15
4.2.1. Metas de tratamiento de acuerdo a cada fase	15
4.2.2 Tratamiento no farmacológico.....	16
4.2.3 Tratamiento farmacológico	20
4.2.4 Medidas que deben evitarse.....	21
4.2.5 Tiempos de Incapacidad	22
4.3 Referencia a segundo nivel.....	23
5. Bibliografía	24
6. Agradecimientos.....	24
7. Comité académico	25
8. Directorio	26
9. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	27

1. CLASIFICACIÓN

PROFESIONALES DE LA SALUD QUE PARTICIPA EN LA ATENCIÓN	Médico familiar Médico general Residentes de medicina familiar Médicos de pregrado Enfermeras generales	Ortopedista Especialistas en medicina física y rehabilitación	Terapistas físicos
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	XIX Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas S00-T98 Esguinces y torceduras de la columna cervical (S134). De acuerdo a la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión, CIE 10. Atención del paciente con esguince cervical en el primer nivel.		
CATEGORÍA DE GPC	Primer nivel de atención	Diagnóstico oportuno Prevención primaria y secundaria Educación en salud	
USUARIOS POTENCIALES	Tomadores de decisiones en salud Médicos familiares Médicos generales	Médicos ortopedistas Médicos especialistas en rehabilitación	Personal médico en formación Personal médico y de enfermería en servicio social Técnicos en enfermería
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Gobierno Federal Secretaría de Salud Secretariado Técnico del Consejo Nacional para las personas con Discapacidad Instituto Mexicano del Seguro Social Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado Asociación Médica Latinoamericana de Rehabilitación Sociedad Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. A. C. Colegio Mexicano de Ortopedia y Traumatología, A. C.		
POBLACIÓN BLANCO	Pacientes con diagnóstico de esguince cervical		
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/ PATROCINADOR	Gobierno Federal Secretaría de Salud		
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Evaluación durante la consulta externa en el primer nivel <ul style="list-style-type: none"> ▪ Historia clínica orientada ▪ Exploración física dirigida a diagnóstico clínico oportuno de esguince cervical ▪ Uso de pruebas diagnósticas (rayos X) Indicaciones de referencia a segundo nivel (médico especialista)		
	Detección temprana y diagnóstico oportuno de esguince cervical Referencia oportuna Reducción en el número de complicaciones Reintegración laboral oportuna		
METODOLOGÍA	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda <ul style="list-style-type: none"> Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas Guías seleccionadas: seis del periodo 2000-2008 ó actualizaciones realizadas en este periodo Revisiones sistemáticas: cero Ensayos controlados aleatorizados: cero Reporte de casos: cero Validación del protocolo de búsqueda por unidad de Investigación IMSS Adopción de guías de práctica clínica internacionales: seis Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación <ul style="list-style-type: none"> Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *		
MÉTODO DE VALIDACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda Método de validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación interna: Colegio Mexicano de Ortopedia y Traumatología, A. C. Validación externa: Academia Mexicana de Cirugía.		
CONFLICTO DE INTERES	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés		
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	Catalogomaestro de guías de práctica clínica: SSA-008-08 REGISTRO Febrero de 2009 FECHA DE ACTUALIZACIÓN 2011		

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

Con la finalidad de diagnosticar y tratar oportunamente el esguince cervical en el primer nivel de atención, debemos responder las siguientes preguntas:

1. ¿El médico de primer nivel puede diagnosticar oportunamente esguince cervical?
2. ¿Cuáles son los síntomas más comunes del esguince cervical?
3. ¿Cuáles son los síntomas agregados más comunes del esguince cervical?
4. ¿Cuáles son los criterios para la clasificación del esguince cervical?
5. ¿Cuándo se debe solicitar estudios de imagen?
6. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico que se debe prescribir en el caso de esguince cervical?
7. ¿Cuánto tiempo debe permanecer incapacitado el paciente con esguince cervical?
8. ¿Cuáles son los ejercicios que puede realizar el paciente con esguince cervical?
9. ¿Cuáles son los signos y síntomas que orientan para la referencia al segundo nivel de atención?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

El esguince cervical es el resultado de una lesión combinada entre extensión/flexión de los tejidos blandos de la columna cervical, es común en accidentes de tráfico; sin embargo, puede ser ocasionada por otros factores; por ejemplo, traumatismos durante asaltos o lesiones generadas durante la práctica deportiva (sobre todo en deportes de contacto) o al realizar saltos o sufrir caídas, este mecanismo de lesión es frecuente entre adultos jóvenes.

Existe alta frecuencia de lesiones de cuello en personas que utilizan el cinturón de seguridad; sin embargo, este aditamento previene lesiones más serias. Las mujeres presentan con mayor frecuencia este tipo de lesión, posiblemente porque los músculos del cuello se encuentran menos desarrollados que en los hombres.

La incidencia de casos reportados a nivel mundial alcanza el 35%, en algunas regiones como Columbia Británica en Canadá llega hasta el 60%, se calcula en más de un millón de casos anualmente en Estados Unidos. En México, a principios de este milenio, la seguridad social reportó más de 15 mil casos de accidentes de trabajo clasificados en el rubro de luxaciones, desgarros y esguinces de cuello.

Las lesiones cervicales pueden tener sintomatología parecida a otras patologías de mayor gravedad; es por eso que el médico de primer nivel debe establecer el diagnóstico diferencial entre esguince cervical y otras patologías, por ejemplo: fractura de vertebras cervicales, hernia discal cervical, radiculopatía, hemorragia subaracnoidea o meningitis.

La estandarización en el diagnóstico y tratamiento del esguince cervical permitirá homogenizar criterios entre médicos del primer nivel de atención, basados en la más reciente evidencia, quienes contribuirán en la referencia oportuna al segundo nivel; evitando con ello, complicaciones físicas que pudieran generar incapacidades laborales de pronta resolución e inclusive discapacidad de moderada a severa.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica “Atención del paciente con esguince cervical en el primer nivel”, 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 Específico de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial 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 para:

1. Diagnosticar oportunamente el esguince cervical y recomendar el tratamiento eficiente para este padecimiento, proporcionado en el primer nivel de atención.
2. Reintegrar al paciente a sus actividades laborales y cotidianas en el tiempo óptimo.
3. Referir oportunamente al paciente a otro nivel de atención, si el caso lo requiere.

Lo que 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.

3.3 DEFINICIÓN

Esguince cervical o síndrome de latigazo (Whiplash) es el resultado de una lesión combinada entre extensión/flexión de los tejidos blandos de la columna cervical que ocasiona lesión de ligamentos con estiramiento de los músculos de la columna cervical debido a mecanismo de aceleración y desaceleración de energía transmitida al cuello.

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.

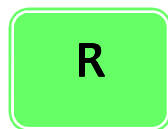
La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponden a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, marcada en cursivas. 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



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1. DETECCIÓN

4.1.1 FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p> <p>Los factores de riesgo en el esguince cervical son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo femenino • Adolescente • Antecedente de dolor de cuello • Alcance con proyección en el automóvil 	<p style="text-align: center;">2a</p> <p>Revisión sistemática de estudios de cohortes retrospectivas o de grupos controles no tratados en un ECA. <i>BEKKERING 2003</i></p>
<p>E</p> <p>Los factores asociados con pobre pronóstico (definido como dolor/discapacidad), después de un esguince:</p> <p>FACTOR DE DOLOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor inicialmente alto en intensidad ▪ Pobre respuesta al tratamiento <p>FACTOR DE DISCAPACIDAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor inicialmente alto en intensidad ▪ Discapacidad inicialmente alta ▪ Catastrofismo ▪ Nivel de educación ▪ Sensibilidad al frío 	<p style="text-align: center;">II</p> <p>Revisiones Sistemáticas de estudios de nivel 2. <i>TRACSA Jan 2008</i></p>
<p>E</p> <p>Los factores asociados con pronóstico pobre (definido como dolor/discapacidad), resultado después de un esguince:</p> <p>FACTOR DE DOLOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gran número de síntomas ▪ Autopercepción de la severidad de la lesión ▪ Ansiedad <p>FACTOR DE DISCAPACIDAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitación de los grados de movilidad del cuello. 	<p style="text-align: center;">2++</p> <p>Estudios de Cohorte con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal. <i>TRACsa Jan 2008</i></p>
<p>E</p> <p>Los factores no asociados con pronóstico pobre (definido como dolor/discapacidad), resultado después de un esguince:</p> <p>NO PRODUCE DOLOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rectificación de la lordosis cervical corroborada por rayos X ▪ Insatisfacción en el trabajo ▪ Incremento de la actividad física ▪ Salud mental pobre (SF36) ▪ Salud física pobre (SF36) ▪ Dirección del impacto ▪ Velocidad del impacto 	<p style="text-align: center;">2++</p> <p>Revisiones Sistemáticas de estudios de cohortes o de casos-controles. <i>TRACsa Jan 2008</i></p>

- Advertencia de uso de cinturón de seguridad
- NO PRODUCE DISCAPACIDAD:**
- Salud física pobre (SF36)
 - Función social pobre (GHQ)
 - Dirección del impacto
 - Velocidad del impacto
 - Lugar de ocupación en el auto
 - Advertencia de choque

E

Los factores no asociados con pronóstico pobre (definido como dolor/discapacidad), resultado después de un esguince:

NO PRODUCE DOLOR:

- Cambios degenerativos en Rayos X
- Depresión
- Abandono
- Edad (mayor de 75)
- Limitación de los grados de movilidad del cuello.
- Dolor de cuello previo

NO PRODUCE DISCAPACIDAD

- Edad (mayor de 75)
- Traer puesto el cinturón de seguridad

2++

Estudios de Cohorte con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.

TRACsa Jan 2008

E

Los factores que indican pronóstico desfavorable para recuperación después de un esguince son:

FACTORES PERSONALES

- Sexo femenino
- Edad (Adultos Mayores)
- Trabajos de medio tiempo
- Ser cuidador de personas
- Eventos estresantes de vida

2a

Revisión sistemática de estudios de cohortes retrospectivas o de grupos controles no tratados en un ECA.

Bekkering 2003

E

Los factores que indican pronóstico desfavorable para recuperación después de un esguince son:

FACTORES RELACIONADOS CON ACCIDENTES:

- Limitación de los grados de movilidad del cuello.
- Traumatismo craneo-encefálico preexistente.
- Haber estado viajando en un autobús o en camión.
- Haber sido un pasajero.
- Haber movido el vehículo de colisión.
- Golpe frontal o lateral.
- Preexistencia de síntomas como cefalea.
- Consecuencias iniciales severas, como gran intensidad de dolor de cuello, cefalea, o cambios en la función física o cognitiva.

2a

Revisión sistemática de estudios de cohortes retrospectiva.

Bekkering 2003

E

Las reglas canadienses para riesgo de lesión de columna cervical (*Canadian C-Spine Rule*), se deben de usar para decidir si los estudios radiológicos simples (Rx) son requeridos para el diagnóstico de fractura/esguince.

Estas reglas han sido validadas con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 42.5%.

Mediante la aplicación de estas reglas existe una correlación de 0.98: 1 de que una fractura no pasará desapercibida (IC 95%, 98-100%)

Las reglas canadienses para riesgo de lesión de columna cervical (*Canadian C-Spine Rule*), aplica en pacientes con accidentes quienes están alertas y estables (Escala de Glasgow=15).

Instrucciones de uso de las reglas:

1) Definir si existe algún factor de riesgo alto:

Factores de alto riesgo:

- Mayores de 65 años
- Parestesia en extremidades
- Mecanismo peligroso de lesión (caída de escaleras de 90 cm aprox. o cinco escalones. Bajar de forma axial con la cabeza -ej. durante el buceo. Una colisión o expulsión por un vehículo automotor a alta velocidad <100 km/hrs. Un golpe por un vehículo motorizado para recreación. Una colisión en bicicleta).

Si es este el caso, se debe solicitar estudio rayos X de columna cervical.

2) Definir los factores de bajo riesgo que permitan mover el cuello. Si estos factores no están presentes, y la sintomatología es más severa, solicitar rayos X.

Factores de bajo riesgo:

- Una simple colisión en la parte posterior del vehículo (excluyen ser empujado en el tráfico, ser golpeado por autobús o un camión pesado, arrollamiento o golpe por vehículo a velocidad alta).
- Permanecer sentado mientras se consigue cama en el servicio de urgencias.
- Caminar todo el tiempo.
- Retraso del dolor de cuello (no inmediato).
- Estado ambulatorio todo el tiempo.
- Ausencia de relajación de músculos de la columna cervical.

3) Evaluar la rotación del cuello en 45° en personas que hayan presentado estos factores de bajo riesgo.

Si pueden rotar 45° el cuello hacia la derecha y a la izquierda, no requieren rayos X de cuello. Si no pueden rotar, si requieren rayos X.

2++

Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles o Estudios de cohortes o de casos-controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.

TRACsa Jan 2008

2++

Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles o Estudios de cohortes o de casos-controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.

TRACsa Jan 2008

4.1.2 HISTORIA CLÍNICA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La historia clínica deberá clasificar el Esguince Cervical. La clasificación canadiense dada por el Task Force de Quebec, otorga gradación del 0 al IV, la sintomatología siguiente:

GRADO	SINTOMATOLOGÍA
0	Asintomático
I	Dolor cervical, espasmo muscular, no signos físicos.
II	Rigidez, dolor localizado.
III	Síntomas, signos y clínica neurológica
IV	Lesión ósea, Fractura/luxación

1a

Evidencia para meta-análisis de estudios clínicos aleatorios.
IMSS 2005

R

La historia clínica debe incluir:

- Fecha de nacimiento, sexo y escolaridad
- Mecanismo de la lesión
- Tiempo desde que se originó la lesión (para determinar cronicidad y el adecuado tratamiento)
- Síntomas (particularmente intensidad del dolor), escala numérica del dolor, mareos, somnolencia, desorientación y otros síntomas extracervicales. Número de síntomas, localización, tiempo en que parecieron los síntomas
- Nivel de discapacidad, usando el índice de discapacidad del cuello (NDI)
- Otras escalas
- Problemas de cuello anteriores, incluyendo esguinces previos.

B

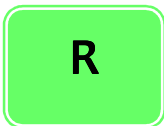
Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y GPC validadas.
TRACsa Nov 2008

4.1.3 EXPLORACIÓN FÍSICA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">E</div>	<p>Se consideran síntomas agregados al esguince cervical:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mareo ▪ Vértigo ▪ Cefalea ▪ Acúfenos ▪ Sordera ▪ Fosfenos ▪ Disfagia ▪ Dolor en mandíbula ▪ Dolor en hombro o en dorso ▪ Inestabilidad emocional <p>Esta última se presenta en 44% de los casos con grado I (clasificación Quebec Task Force), en 20% con grado II y en 16% con grado III.</p>	<p style="text-align: center;">III</p> <p>Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles, Revisiones clínicas. <i>IMSS 2005</i></p>
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">E</div>	<p>Los signos clínicos típicos son dolor en el cuello, espasmo en los músculos paraespinales y esternocleidomastoideo. El dolor del cuello generalmente se desarrolla inmediatamente después del accidente y puede incrementar en pico de 1-2 días después del evento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor en la espalda baja y entre las escápulas • Limitación de los grados de movilidad del cuello • Cefalea, vértigo, mareos, visión borrosa • Entumecimiento de hombros y brazos. Parestesia y debilidad en piernas y brazos, dependiendo de la presencia y del sitio de alguna contusión medular. • Existe edema retrofaríngeo y disfagia. • Insomnio (ansiedad general y ansiedad al viajar en auto) o depresión. • Debilidad en las piernas, reflejos hiperactivos en los tendones de las piernas, respuesta plantar exagerada. 	<p style="text-align: center;">3</p> <p>Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos. <i>Mayo 2009</i></p>
<div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">R</div>	<p>Se recomienda aplicar prueba de equilibrio: PARARSE SOBRE UN PIE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El paciente se sostiene sobre un pie por el mayor tiempo posible (máximo 30 segundos), cambiando posteriormente con el otro pie. Los brazos deben estar posicionados a los lados del cuerpo. El paciente puede mover su torso permaneciendo su pie en el piso. Se anota el número de segundos que el paciente pueda permanecer en esta posición. 	<p style="text-align: center;">A</p> <p>Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección. <i>Bekkering 2003</i></p>

EL PASO DE LA CUERDA FLOJA

- En esta prueba, el paciente camina despacio a lo largo de tres metros sobre una línea en el piso, pisando talón-punta. Deberá hacerlo de forma más rápida cada vez. Se agregarán tres segundos por cada error cometido cuando el pie no sitúa en la línea o cuando el talón no toca la punta



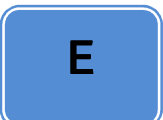


Para la evaluación neurológica de esguince cervical, se debe investigar la presencia de lesión neurológica de acuerdo a los siguientes datos:

- Lesión neurológica nivel C5: Debilidad del deltoides, disminución o ausencia del reflejo bicipital y disminución de la sensibilidad de cara externa del hombro y brazo.
- Lesión neurológica nivel C6: Debilidad de los extensores de la muñeca y disminución de la sensibilidad del antebrazo, pulgar y dedo medio.
- Lesión neurológica nivel C7: Debilidad de los flexores de muñeca, con reflejo del tríceps disminuido e hipoestesia del dedo medio.
- Lesión neurológica nivel C8: Debilidad de los flexores de los dedos, alteración de la sensibilidad de la mitad distal del antebrazo, de los dedos anular y meñique.

B
Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia categoría I.
IMSS 2005

4.1.4 ESTUDIOS DE IMAGEN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>La rectificación de la lordosis cervical no se asocia con dolor.</p>	<p>2++ Revisiones sistemáticas de cohortes. <i>TRACsa Jan 2008</i></p>
 <p>No hay asociación entre cambios degenerativos y dolor.</p>	<p>2+ Estudio de cohortes o de casos- controles bien realizados. <i>TRACsa Jan 2008</i></p>
 <p>No se han encontrado hallazgos asociados (como cambios degenerativos o de rectificación de lordosis cervical) en personas clasificadas con grado I al III. Es por eso que los rayos X no se deben usar para determinar el pronóstico después de un esguince.</p>	<p>2++ Estudios de cohortes o de casos – controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal. <i>TRACsa Jan 2008</i></p>

R

Técnicas de imagenología especializadas:

- Esguince grado I y II:

No hay ninguna indicación para estudios de imagenología especializadas (tomografía, resonancia magnética, mielografía, discografía, etc.)

- Esguince grado III:

Las técnicas de imagenología especializadas se pueden indicar en pacientes con esguince grado III, previo estudio clínico del paciente, p.ej. Datos de compresión de médula espinal, raíz y nervio periférico.

- Exámenes especializados:

En caso de que el paciente presente datos de daño neurológico central o periférico, se debe indicar estudio de potenciales evocados y electromiografía.

B

Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2++, que sean directamente aplicable a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados.

TRACsa Jan 2008

4.2. TRATAMIENTO

4.2.1. METAS DE TRATAMIENTO DE ACUERDO A CADA FASE

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p> <p>Metas de tratamiento en cada fase</p> <p>Fase I. Del inicio a los cuatro días. Reducir dolor, disminución de cargas</p> <p>Fase II. De cuatro días a tres semanas, Se incrementará la actividad del paciente y el manejo de cargas se aumentará en forma gradual.</p> <p>Fase III. De tres a seis semanas, Se continuará incrementando actividad física y manejo de cargas.</p> <p>Fase IV. Seis semanas a tres meses, Si su recuperación de ha retrasado, se deberá continuar incrementando actividad física y manejo de cargas, hasta alcanzar su máxima capacidad funcional.</p>	<p>2 a</p> <p>Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.</p> <p><i>Bekkering 2003</i></p>

4.2.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Se ha demostrado que el ejercicio físico supervisado y los ejercicios de estiramiento generan mayor beneficio que los programas de ejercicio en el domicilio. 1++ Meta-análisis de gran calidad o Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos. <i>TRACsa Jan 2008</i>
E	Existe evidencia que apoya que los ejercicios activos y el estiramiento de los músculos del cuello y de la escápula, son más efectivos que la inmovilización con collarín o el reposo. 1++ Meta-análisis de gran calidad o Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos. <i>TRACsa Jan 2008</i>
E	La evidencia muestra mayores beneficios si el paciente continúa con las actividades de la vida diaria que con reposo o la inmovilización con collarín. 2++ Revisiones sistemáticas de lata calidad de estudios de cohortes o de casos controles. <i>TRACsa Jan 2008</i>
E	Los estudios han demostrado el beneficio de los videos educativos sobre el cuidado usual. La evidencia muestra que las intervenciones educativas orientadas al tema son una opción adecuada de tratamiento. 2++ Revisiones sistemáticas de lata calidad de estudios de cohortes o de casos controles. <i>TRACsa Jan 2008</i>

E

El uso de un programa con la aplicación de ultrasonido, ejercicios y electroterapia, fue más efectivo que el tratamiento con collarín y reposo. La movilización activa del cuello, reportó mayores beneficios que la combinación de la corrección de la postura, ejercicios de relajación y soporte psicológico. La movilización activa del cuello fue mejor que la aplicación de electroterapia sin ejercicio.

2+

Estudios de cohortes o de casos-
controles bien realizados, con bajo
riesgo de confusión, sesgos o azar y una
moderada probabilidad de que la
relación sea causal.
TRACsa Jan2008

R

Los tratamientos que se recomiendan para el esguince cervical agudo (0-12 semanas)es:

- Ejercicio activo: ejercicios con movimiento y estiramiento de cuello y músculos escapulares.

A

Al menos un meta-análisis, o un ensayo
clínico aleatorio categorizados como
1++, que sea directamente aplicable a
la población diana.
TRACsa Jan 2008

R

Se debe dar al paciente educación con apoyo de videos o material impreso. Información referente al alivio del dolor y de ejercicios básicos enfocados a la restauración del movimiento de la columna cervical, la re-educación muscular y el estiramiento. Lo anterior con la finalidad de lograr el retorno en tiempo óptimo a las actividades del individuo.

B

Un volumen de evidencia que incluya
estudios calificados de 2++ que sean
directamente aplicables a la población
objeto y que demuestren globalmente
consistencia de los resultados o
extrapolación de estudios calificados
como 1++ o 1+.
TRACsa Jan2008

R

El profesional para la atención de la salud debe tener conocimiento sobre las características del dolor del paciente y comentarle que:

- Son una reacción normal
- Para favorecer la recuperación, es preferible continuar con las actividades de la vida diaria
- Estar activo es importante en el proceso de inserción a sus actividades
- Es importante fijarse una meta en el proceso de recuperación

B

Un volumen de evidencia que incluya
estudios calificados de 2++ que sean
directamente aplicables a la población
objeto y que demuestren globalmente
consistencia de los resultados o
extrapolación de estudios calificados
como 1++ o 1+.
TRACsa Jan2008

R

La movilización pasiva debe prescribirse en combinación con ejercicios activos. Este programa debe ser indicado por los profesionales para la atención de la salud entrenados en los métodos específicos de movilización y ejercicio. La manipulación está contraindicada en el esguince grado III (WAD).

C

Un volumen de evidencia que incluya
estudios calificados como 2+, que sean
directamente aplicables a la población
objeto y que demuestre globalmente
consistencia de los resultados.
TRACsa Jan2008

R

Los tratamientos que se recomiendan para el esguince cervical agudo (0-12 semanas)es:

- Electroterapia, termoterapia, masaje y ultrasonido

C

Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados como 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestre globalmente consistencia de los resultados.

TRACsa Jan2008

R

Las movilización pasiva más electroterapia, se recomiendan junto con el ejercicio cuando el paciente no mejora con ejercicio solamente.

C

Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados como 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestre globalmente consistencia de los resultados.

TRACsa Jan 2008

R

No existe indicación para la intervención quirúrgica en la mayoría de los casos de esguince cervical agudo o subagudo (Grado I-III).

La cirugía debe restringirse para el grado III con dolor persistente con radiculopatía que no responde al manejo conservador.

El tratamiento quirúrgico para el grado IV debe estar orientado a estabilizar la columna cervical.

B

Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++ que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados o extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+.

TRACsa Jan 2008

R

Los tratamientos que se recomiendan para el esguince cervical crónico (+12 semanas)es:

- Indicación de que puede continuar con las actividades de la vida diaria.
- Ejercicio activo (en combinación: estiramientos de cuello y músculos escapulares, y estiramiento específico para los músculos profundos flexores del cuello).

B

Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++ que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados o extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1).

TRACsa Jan 2008

R

Los tratamientos que se recomiendan para el esguince cervical crónico (+12 semanas)es:

- Movilización pasiva de la articulación/ en combinación con terapia activa
- Rehabilitación vestibular
- Terapia multimodal

C

Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados como 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestre globalmente consistencia de los resultados.

TRACsa Jan 2008

R

El tratamiento no farmacológico se basa en seis recomendaciones:

- 1) Aplicar crioterapia en las primeras 48 horas posteriores a la lesión.

D

Directamente basada en evidencia categoría IV reportes, opiniones o experiencia clínica o de recomendaciones extrapoladas de autoridades en la materia o ambas de evidencia categoría I o II.
IMSS 2005

R

- 2) Después de 48 horas de la lesión, iniciar la aplicación de calor superficial con bolsa de agua, cojín eléctrico o rayos infrarrojos en la zona afectada, durante 20 minutos para obtener los beneficios de la termoterapia: vasodilatación, relajación muscular, disminución del dolor.

C

Directamente basada en evidencia categoría III no experimental, tal como estudios comparativos, o en recomendaciones extrapoladas de estudios de correlación, casos y controles. Evidencia categoría I o II.
IMSS 2005

R

- 3) Reposo relativo.
- 4) Dieta normal sin irritantes.
- 5) Establecer comunicación con el servicio de Rehabilitación para proporcionarle al paciente una sesión de enseñanza, acerca de las medidas de higiene postural de columna.

B

Directamente basada en evidencia un estudio controlado no aleatorio categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia categoría I.
IMSS 2005

R

- 6) Enseñar al paciente los siguientes ejercicios terapéuticos que debe realizar tres veces al día, 10 veces cada uno:
 - Cuello: movilizar activamente la cabeza en flexión, extensión lateral (acercar la oreja al hombro) y rotación (mover la cabeza hacia la derecha y hacia la izquierda).
 - Hombros y extremidades superiores: elevar los hombros, flexión, extensión, abducción y aducción de las extremidades superiores.

C

Directamente basada en evidencia categoría III no experimental, tal como estudios comparativos, o en recomendaciones extrapoladas de estudios de correlación, casos y controles. Evidencia categoría I o II.
IMSS 2005

4.2.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R</p> <p>El tratamiento que debe indicarse son analgésicos simples (AINE's).</p>	<p>A</p> <p>Un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.</p> <p><i>TRACsa Jan2008</i></p>
<p>R</p> <p>El médico inicia tanto el tratamiento farmacológico en pacientes con esguince cervical grado I o II. Deberá seleccionar uno de los siguientes esquemas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Naproxeno tabletas de 250 mg. dos cada 12 hrs. más paracetamol tabletas de 500 mg. una o dos cada 8 hrs.• Piroxicam tabletas de 20 mg. una cada 24 hrs más paracetamol tabletas de 500 mg. Una o dos cada 8 hrs.• Diclofenaco tabletas de 100 mg. una cada 24 hrs. más Paracetamol tabletas de 500 mg. una o dos cada 8 hrs.• Agregar ranitidina tabletas de 150 mg. una cada 12 hrs. en caso de enfermedad ácido péptica.	<p>D</p> <p>Consenso formal.</p> <p><i>IMSS 2005</i></p>
<p>R</p> <p>El uso de analgésicos y AINE's deben ser limitados y sopesar los efectos secundarios con dosis-respuesta.</p>	<p>A</p> <p>Un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.</p> <p><i>TRACsa Jan 2008</i></p>
<p>R</p> <p>En los esguinces grado 1-III, se puede usar analgésicos simples (no opioides) y AINE's para aliviar el dolor en el corto plazo.</p>	<p>A</p> <p>Un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.</p> <p><i>TRACsa Jan 2008</i></p>

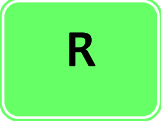
4.2.4 MEDIDAS QUE DEBEN EVITARSE

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E El uso de collarines cervicales y reposo.</p>	<p>1++ Ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos. <i>TRACsa Jan 2008</i></p>
<p>R El uso de collarín en esguince cervical grado I.</p>	<p>A Al menos un meta-análisis, o un ensayo clínico aleatorio categorizaos como 1++, que sea directamente aplicable a la población diana. <i>TRACsa Jan 2008</i></p>
<p>R</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cirugía (excepto WAD IV) 	<p>B Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++ que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados o extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+. <i>TRACsa Jan 2008</i></p>
<p>R</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Almohadas cervicales ▪ Inyecciones intratecales e intra-articulares ▪ Inyecciones de toxina botulínica ▪ Inyecciones de analgésicos 	<p>B Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++ que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados o extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+. <i>TRACsa Jan 2008</i></p>
<p>R Metilprednisolona inyectada en el manejo agudo del esguince grado I-III, debido a los potenciales efectos secundarios.</p>	<p>A Un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados. <i>TRACsa Jan 2008</i></p>

4.2.5 TIEMPOS DE INCAPACIDAD

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La recuperación del Esguince cervical después del mes de la lesión es 33% al 96% Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos controles. <i>TRACsa Nov 2008</i>
R	El otorgamiento de la incapacidad temporal para el trabajo y su duración, dependerán del cuadro clínico y de la actividad laboral que realiza el paciente: <ul style="list-style-type: none">• Si el tipo de actividad laboral es sedentario, tendrá mínimo un día de incapacidad, como máximo siete (óptimo uno).• Si el tipo de actividad laboral es ligero, tendrá mínimo un día de incapacidad, como máximo siete (óptimo tres).• Si el tipo de actividad laboral es Moderado, tendrá mínimo tres días de incapacidad, como máximo 14 (óptimo siete).• Si el tipo de actividad laboral es Pesado, tendrá mínimo tres días de incapacidad, como máximo 28 (óptimo 21).• Si el tiempo de actividad laboral es muy pesado, tendrá mínimo tres días de incapacidad, como máximo 42 (óptimo 28). Directamente basada en evidencia categoría III no experimental, tal como estudios comparativos, o en recomendaciones extrapoladas de estudios de correlación, casos y controles. Evidencia categoría I o II. <i>IMSS 2005</i>

4.3 REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p data-bbox="344 562 967 622">Para el seguimiento o la evaluación final, los pacientes deben ser referidos al segundo nivel si tienen:</p> <ul data-bbox="392 633 943 848" style="list-style-type: none"><li data-bbox="392 633 943 694">• Esguince grados I y II con pobre respuesta al tratamiento prescrito<li data-bbox="392 705 695 734">• Daño neurológico (III)<li data-bbox="392 745 778 775">• Inestabilidad de columna (IV)<li data-bbox="392 786 711 815">• Pérdida de la conciencia<li data-bbox="392 826 592 855">• Comorbilidad

A

Un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.

TRACsa Jan2008

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Hoppenfeld S. Neurología ortopédica México: El Manual Moderno 1981. p. 5-27.
2. IMSS. González S, Chaparro E, de la Rosa MR, et al. Guía Clínica para la Rehabilitación del Paciente con esguince cervical, en el primer nivel de atención. Rev Med. IMSS.2005; 43(1):61-68.
3. KNFG-guidelines for Physical Therapy in patients with whiplash, Bekkering GE, 2003.
4. Leigh T, Smith C, Wade B, Stone J, Goodman R, Yardley T, Wright-Smith M, Swabe L. Clinical Practice Guidelines for the Physiotherapy Treatment of Patients with Whiplash Associated Disorders. June 2004.
5. Mayo Clinic Staff. Whiplash. MayoClinic.com, April 2009.
6. Philadelphia Panel Evidence-Based Clinical Practice. Guidelines on selected rehabilitation interventions for neck pain. Phys Ther 2001; 81(10):1701-1717.
7. Reed P. The Medical Disability Advisor. Disability Duration Guidelines. 5ª Ed, 2005.
8. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen KL, et al; The Canadian C-spine rule for radiography in alert and stable trauma patients. JAMA. 2001 Oct 17; 286(15):1841-8. [abstract]
9. Tidy C. Whiplash and Cervical Spine Injury. EMIS 2008.
10. TRACsa: Trauma and Injury Recovery Clinical guidelines for best practice management of acute and chronic whiplash associated disorders. TRACsa. January, 2008.
11. TRACsa: Trauma and Injury Recovery. Clinical guidelines for best practice management of acute and chronic whiplash-associated disorders. TRACsa, Adelaide: November 2008.

6. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y de la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía; asistiera a los eventos de capacitación en medicina basada en la evidencia y temas afines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud Así como la valiosa colaboración de la Sra. María del Rosario González Martínez, Bibliotecaria de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Región Norte del IMSS.

7. COMITÉ ACADÉMICO

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. María de Lourdes Dávalos Rodríguez	Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica
Dr. Héctor González Jácome	Subdirector de Guías de Práctica Clínica
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. DIRECTORIO

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh
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 Morin
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza
Director General

Secretaría de 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

Secretariado Técnico del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad

Dr. José Javier Osorio Salcido.

Secretario Técnico

Lic. Francisco Cisneros Rivero

Director de Coordinación, Planeación y Seguimiento

Lic. Ernesto Rosas Barrientos

Director de Fomento Normativo y Asuntos Jurídicos

Arq. Taidé Buenfil Garza
Subdirectora de Participación Ciudadana

Dr. Juan Manuel Guzmán G.

Director de Políticas en Salud

9. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría 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	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud de CENETEC y Secretario Técnico del Comité Nacional de GPC	Secretario Técnico