

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Diagnóstico y Tratamiento de la ENFERMEDAD PILONIDAL EN PACIENTES ADULTOS EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **ISSSTE-662-13**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 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 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 de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y 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.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos, deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda Prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas y demás expresiones formales que formen parte del mismo, incluyendo la codificación o inserción de textos o logotipos.

Debe ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento de la enfermedad Pilonidal en los tres niveles de atención.** México: Secretaría de Salud; 27 Junio 2013.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE- 10: L05 Quiste Pilonidal

GPC: Enfermedad pilonidal

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinadores:

Dr. Oscar Coyoli García	Cirujano Coloproctólogo	ISSSTE	Cirujano Coloproctólogo Jefe de servicio y Titular del curso de subespecialidad Hospital "Lic. Adolfo López Mateos"
-------------------------	-------------------------	--------	--

Autores :

Dr. José Andrés González Cabrera	Cirujano Coloproctólogo	ISSSTE	Cirujano Adscrito al Hospital "Dr. Darío Fernández Fierro"	
Dr. Miguel Ángel Rosado Martínez	Residente de 4° año de Cirugía General	ISSSTE	Residente de 4° año de cirugía General, Hospital "Dr. Darío Fernández Fierro"	
Dr. José Antonio de la Rosa Jiménez	Residente de 3° año de Cirugía General	ISSSTE	Residente de 3° año de cirugía General, Hospital "Dr. Darío Fernández Fierro"	Dr. José Antonio de la Rosa Jiménez

Validación interna:

Dr. Héctor Norman Solares Sánchez	Cirujano Coloproctólogo	ISSSTE	Cirujano Coloproctólogo Médico adscrito al Hospital "Lic. Adolfo López Mateos"
--------------------------------------	-------------------------	--------	---

Validación externa:

ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER	6
3. ASPECTOS GENERALES	7
3.1 JUSTIFICACIÓN	7
3.2 OBJETIVO.....	8
3.3 DEFINICIÓN	9
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	10
4.1 FACTORES DE RIESGO.....	11
4.2 CUADRO CLÍNICO.....	13
4.3 AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.....	15
4.4 TRATAMIENTO.....	16
4.4.1 TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO.....	18
4.4.2 TRATAMIENTO PARA ENFERMEDAD PILONIDAL LEVE Y MODERADA.....	19
4.4.3 TRATAMIENTO PARA ENFERMEDAD PILONIDAL SEVERA Y RECIDIVA.....	21
4.5 PRONÓSTICO.....	24
5. ANEXOS	26
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA	26
5.1.1 PRIMERA ETAPA.....	26
5.1.2 TERCERA ETAPA.....	28
5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN	29
5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO	31
6. GLOSARIO.....	32
7. BIBLIOGRAFÍA	34
8. AGRADECIMIENTOS.....	36
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	37
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	38
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	39

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: ISSSTE-662-13	
Profesionales de la salud	1.5 Médicos Generales, Cirujanos Generales 1.8 Cirugía Colo rectal
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: L05 Quiste Pilonidal
Categoría de GPC	3.1.1 Primario 3.1.2 Secundario 3.1.3 Terciario.
Usuarios potenciales	4.5 Enfermeras Generales, 4.6 Enfermeras especializadas, 4.7 Estudiantes, 4.12 Médicos Especialistas, 4.13 Médicos Generales, 4.14 Médicos Familiares.
Tipo de organización desarrolladora	6.6 Dependencia del ISSSTE/Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" /Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro"
Población blanco	7.5 Adulto de 19 a 44 años. 7.6 Mediana Edad de 45 a 64 años. 7.7 Adultos mayores de 65 a 79 años y 7.8 Adultos mayores de 80 y más años. 7.10 Mujer. 7.9 Hombre.
Fuente de financiamiento / Patrocinador	8.1 Gobierno Federal
Intervenciones y actividades consideradas	3.6 Tratamiento 3.8 Tratamiento Farmacológico. 3.10 Tratamiento Quirúrgico.
Impacto esperado en salud	Contribuir a disminuir la morbi-mortalidad en pacientes con úlcera péptica perforada.
Metodología ¹	Adopción o elaboración de la Guía de Práctica Clínica: de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados y/o estudios de cohorte publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionaran las fuentes con mayor puntaje obtenido, en la evaluación de su metodología, las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.
Método de integración	Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados. Búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: 18 Guías seleccionadas: 1 Revisiones sistemáticas: 1 Ensayos controlados aleatorizados: 12 Reporte de casos: 0 Otras fuentes seleccionadas: 4
Método de validación:	Validación por pares clínicos Validación del protocolo de búsqueda: UNAM Validación de la guía: HR "Lic. Adolfo López Mateos "
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
Registro	ISSSTE-662-13
Actualización	Fecha de publicación: 27 junio 2013. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

¹ PARA MAYOR información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía se puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://cenetec.salud.gob.mx/>

2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Qué factores se asocian al desarrollo de la enfermedad pilonidal?
2. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas?
3. ¿Cuáles son los métodos diagnósticos que se pueden utilizar para detectar enfermedad pilonidal?
4. ¿Cuál es el tratamiento de la enfermedad pilonidal?
5. ¿Cuál es el tratamiento no operatorio de la enfermedad pilonidal?
6. ¿Cuál es el tratamiento de la enfermedad pilonidal leve y moderada?
7. ¿Cuál es el tratamiento de la enfermedad pilonidal crónica y recidivante?
8. ¿Cuál es el pronóstico en la enfermedad pilonidal?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

La enfermedad pilonidal es una patología de índole proctológico, infecciosa, que afecta a personas jóvenes, laboralmente activas y que condiciona una morbilidad elevada si no se diagnostica a tiempo y se trata de manera adecuada, en la actualidad no existe una guía en nuestro país que oriente al personal médico para tratar adecuadamente la enfermedad pilonidal, lo que nos da la pauta para realizar una revisión exhaustiva de la literatura y para plasmar en esta guía los parámetros basados en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno de la patología.

3.2 OBJETIVO

La Guía de Práctica Clínica **Tratamiento de la Enfermedad Pilonidal en los tres niveles 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 Específico: 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:

- Con sustento en la evidencia clínica, establecer criterios para diagnóstico y tratamiento de la enfermedad Pilonidal en los tres niveles de atención.
- Realizar una guía que brinde las posibilidades diagnósticas y de tratamiento de la enfermedad Pilonidal en los tres niveles de atención y que sirva de evidencia como sustento médico legal.
- Unificar criterios en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad Pilonidal en los tres niveles de atención.
- Disminuir la morbi-mortalidad del paciente que presenta enfermedad Pilonidal.

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.

3.3 DEFINICIÓN

La enfermedad pilonidal es un desorden crónico e intermitente de la región sacrococcígea que comúnmente se presenta en los folículos pilosos del surco natal afectando de manera predominante adultos jóvenes en edad laboral (**Mccallum 2008**).

Es una enfermedad común y una entidad bien definida. En 1833 Herbert Mayo describió un seno que contenía pelos, pero fue hasta 1880 que Hodge sugiere el termino pilonidal (**Da Silva, 2000**) del latín pilus=pelo y nidus=nido haciendo referencia a una enfermedad que consiste en un seno que contiene pelos en la región sacrococcígea (**Chintapatla 2003**).

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencia y Recomendaciones expresadas en las guías y demás documentos seleccionados 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.

El nivel de las evidencias y la gradación de las recomendaciones se mantienen respetando la escala seleccionada para ello. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

El sistema de gradación utilizado en la presente guía es OXFORD.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:

EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA



4.1 FACTORES DE RIESGO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La edad en la que se presenta más frecuentemente es 21 y 19 años en el género masculino y femenino respectivamente.	1a OXFORD <i>Al Khamis, 2011</i>
E	Rara a partir de los 45 años y de incidencia desconocida, según algunos cálculos afligen hasta al 0.7% de los adolescentes y adultos jóvenes.	1c OXFORD <i>Velasco, 2009</i>
E	La incidencia estimada es de 26 por cada 100,000 afecta al género masculino con mayor frecuencia con una relación de 2 a 1.	1a OXFORD <i>Al Khamis, 2011</i>
E	Surco natal profundo, historia familiar de enfermedad pilonidal, sedestación prolongada, viajar o conducir, exceso de vello corporal, foliculitis en otros sitios, obesidad y la pobre higiene local.	1b OXFORD <i>Milone, 2011</i>
E	Uno o más de los siguientes criterios son necesarios para la formación de un seno pilonidal: 1. Pelos duros y semi-curvados. 2. La profundidad de la hendidura natal. 3. El efecto de roce que hay entre la superficie de una nalga sobre otra. 4. La vulnerabilidad de la piel para la inserción de pelo en la profundidad de la hendidura natal con la ayuda de las fuerzas de estiramiento que se produce durante la sedestación.	1b OXFORD <i>Milone, 2011</i>

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Algunas ocupaciones predisponen al desarrollo de enfermedad pilonidal, como en las manos de los peluqueros o quienes trasquilan ovejas.	D OXFORD <i>Wexner, 2011</i>
	Aunque existen dos teorías: la de origen congénito y la de origen adquirido, ésta última es la más aceptada.	D OXFORD <i>Wexner, 2011</i>
	En algunos pacientes observamos una depresión en la línea media de la región sacro-coccígea llamada foseta glabelar, que pudiera apoyar el origen congénito.	Punto de buena práctica

4.2 CUADRO CLÍNICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Dolor y edema alrededor del área de las nalgas, que puede estar acompañado de un absceso con, o sin salida de material purulento sanguinolento del seno abierto.	1a OXFORD <i>Al Khamis, 2011</i>
E	Pueden presentarse con una secreción crónica, y dolorosa del tracto sinusal.	1a OXFORD <i>Al Khamis, 2011</i>
E	La descarga purulenta se presenta en el 66%, edema en el 50% y dolor en el 35% de los pacientes con enfermedad pilonidal.	2c OXFORD <i>Chintapatla, 2003</i>
E	El dolor que causa la enfermedad condiciona morbilidad significativa y aunque la mayoría de los pacientes tolera dichos síntomas hasta un año antes de buscar tratamiento, hay a menudo una pérdida prolongada de la actividad normal.	1a OXFORD <i>Al Khamis, 2011</i>
E	La transformación maligna es rara pero casos de carcinoma de células escamosas y carcinoma verrucoso han sido reportados.	2c OXFORD <i>Chintapatla, 2003</i>
E	Organismos anaerobios (bacteroides y cocos anaerobios) han sido cultivados en el 77% de los abscesos. Organismos aerobios en 4%, y una combinación de ambos en 17%.	2c OXFORD <i>Chintapatla, 2003</i>

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Se debe de realizar diagnóstico diferencial con absceso anorectal con extensión al surco natal, hidradenitis y fistulas anorectales como las que se presentan en la enfermedad de Crohn.	A OXFORD <i>Khanna, 2011</i>
	Se debe de realizar tacto rectal y rectosigmoidoscopia rígida previo a someter al paciente con enfermedad pilonidal a intervención quirúrgica.	A OXFORD <i>Khanna, 2011</i>
	Generalmente el absceso secundario a enfermedad pilonidal se localiza en un sitio cefálico al seno que lo origina y en muchas ocasiones por fuera de la línea media.	Punto de buena práctica
	Debe diferenciarse de otras patologías como la actinomicosis e incluso quistes presacros con fistulización a la piel, sobre todo en pacientes con enfermedad recurrente.	Punto de buena práctica

4.3 AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	El tracto sinusal, las ramas y los bordes del seno pilonidal pueden ser identificados con precisión por medio del ultrasonido y este método puede ser utilizado para la planeación del tratamiento quirúrgico.	2b OXFORD <i>Mentes, 2009</i>
	En la resonancia magnética, en ausencia de sepsis interesfinterica o comunicación entérica sugieren la presencia de enfermedad pilonidal realizando diagnóstico diferencial con absceso y fistula perianal.	2c OXFORD <i>Taylor, 2003</i>
	La resonancia magnética tiene una sensibilidad del 86%, especificidad del 100%, valor predictivo positivo del 100% y valor predictivo negativo del 93% para el diagnóstico de la enfermedad pilonidal.	2c OXFORD <i>Taylor, 2003</i>
	Se deben de realizar estudios de gabinete, únicamente cuando exista la duda diagnóstica.	2c OXFORD <i>Taylor, 2003</i>
	En caso de duda diagnóstica, el USG endoanal y endorrectal es un estudio recomendado.	Punto de buena práctica
	Al tener la sospecha diagnóstica y enviar a realización de exámenes de gabinete, se deberá de referir al siguiente nivel de atención.	Punto de buena práctica

4.4 TRATAMIENTO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	El tratamiento de un absceso agudo relacionado a un seno pilonidal está bien establecido y consiste en el drenaje inmediato del absceso.	1a OXFORD <i>Al Khamis, 2011</i>
E	El principio del tratamiento consiste en la erradicación del seno, la cicatrización completa de la piel suprayacente y la prevención de la recurrencia.	1a OXFORD <i>Al Khamis, 2011</i>
E	Las técnicas quirúrgicas se basan ya sea en una incisión, por lo general de un absceso agudo, o la excisión de un tracto sinusal crónico.	1a OXFORD <i>Al Khamis, 2011</i>
E	No hay ningún beneficio del cierre por segunda intención sobre el cierre primario de la herida quirúrgica.	1a OXFORD <i>Al Khamis, 2011</i>
R	Existe un beneficio marcado en favor del cierre de la herida fuera de la línea media, por lo que cuando el cierre quirúrgico es el procedimiento indicado, el cierre fuera de la línea media debe ser el manejo de elección.	A OXFORD <i>Al Khamis, 2011</i>
R	Los métodos pueden ser técnicas de cierre de la línea media (con la herida situada en la hendidura natal), ó técnicas en donde la herida se realiza fuera de la línea media, o mediante el uso de injertos de piel o colgajos de tejido.	A OXFORD <i>Al Khamis, 2011</i>

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Se cierra la herida (cicatrización por primera intención), ya sea inmediatamente después del tratamiento quirúrgico (cierre primario de la herida), o después de un tiempo.	A OXFORD <i>Al Khamis, 2011</i>
	La herida quirúrgica se puede dejar para cierre por segunda intención, cubriendo con gasas estériles.	A OXFORD <i>Al Khamis, 2011</i>
	Existen numerosas técnicas quirúrgicas para el tratamiento del seno pilonidal, está debe de ser sencilla, para evitar estancia hospitalaria prolongada, y disminución de la sintomatología para el paciente y tiempo de cuidado de la herida para disminuir el tiempo fuera del trabajo.	1b OXFORD <i>Milone, 2011</i>
	Una incisión pequeña representa una de las mejores opciones terapéuticas en comparación con los métodos en los cuales se realizan excisiones agresivas, con la ventaja de tener una convalecencia menor y mejor satisfacción para el paciente y una cavidad residual menor y por lo tanto un cierre menos dificultoso.	1b OXFORD <i>Milone, 2011</i>
	En caso de absceso pilonidal, debe realizarse la incisión en huso, drenaje y legrado del fondo de la herida, permitiendo el cierre por segunda intención.	Punto de buena práctica
	En la cirugía planeada, deben researse todos los senos para evitar recidivas.	Punto de buena práctica

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	El cierre primario, siempre que sea posible, es la mejor opción porque acorta el tiempo de cicatrización.	Punto de buena práctica
	Los colgajos se reservan para la enfermedad pilonidal compleja o complicada.	Punto de buena práctica

4.4.1 TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La inyección con fenol da resultados similares a la cirugía con una estancia hospitalaria de 1-2 días, con regreso a las labores en 2 semanas.	2c OXFORD <i>Chintapatla 2003</i>
	Con la inyección de fenol el 60% de los senos pilonidales mostró curación completa con un tiempo promedio de curación de 6 días a 2 semanas.	2c OXFORD <i>Chintapatla, 2003</i>
	La aspiración y el uso de antibioticoterapia empírica puede resolver de manera satisfactoria un absceso pilonidal agudo en el 95% de los casos en los que esta indicado y permitir un procedimiento electivo subsecuente.	2b OXFORD <i>Zeiad, 2012</i>

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Los criterios de inclusión para realizar el tratamiento por aspiración y posteriormente el tratamiento electivo son pacientes con absceso pilonidal agudo, sin datos de sepsis, no diabéticos o inmunocomprometidos y sin cambios necróticos en la piel.	2b OXFORD <i>Zeiad, 2012</i>
	La simple aspiración del material purulento no es un tratamiento adecuado, se requiere una incisión de drenaje suficientemente amplia y la administración de antibióticos de forma individualizada.	Punto de buena práctica

4.4.2 TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD PILONIDAL LEVE Y MODERADA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Se realiza una incisión pequeña fuera de la línea media combinada con la excisión de una pequeña elipse de la piel suprayacente para promover el drenaje.	1c OXFORD <i>Khanna, 2011</i>
	En el destechamiento y cierre por segunda intención la excisión de los tractos sinusales en línea media seguido del cierre por segunda intención conduce a una curación prolongada.	1c OXFORD <i>Khanna, 2011</i>
	En presencia de un absceso concomitante, el destechamiento de los tractos sinusales minimiza la herida en línea media y favorece consecuentemente su curación con una recidiva reportada menor al 13%.	1c OXFORD <i>Khanna, 2011</i>

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Incision con marsupialización: El objetivo de esta técnica es reducir el área efectiva de cicatrización lo que reduce el tiempo de curación, con una recidiva del 6%.	2b OXFORD <i>Solla, 1990</i>
	En un estudio realizado en 161 pacientes con un seguimiento a 3 años hubo una tasa de recurrencia del 16% y un tiempo de curación de 3 semanas.	1c OXFORD <i>Bascom, 1983</i>
	La probabilidad libre de enfermedad con el procedimiento de Bascom I se estima en un 93.5% a un año y de 86% a 5 años.	1c OXFORD <i>Gips, 2008</i>
	En el procedimiento de Bascom I, el uso de trépanos e instrumentos dermatológicos para biopsia es un excelente método para realizar la excisión del seno epitelizado e infectado sin requerir extensión de la incisión hacia línea media.	A OXFORD <i>Khanna, 2011</i>
	En la mayoría de los casos la resección en huso del tejido afectado y los senos presentes permite el cierre primario y la resolución de la patología.	Punto de buena práctica
	No es necesario disecar hasta la fascia presacra, basta resecar solo el tejido afectado por la inflamación, lo que permite una cicatriz más móvil con menor molestia postoperatoria.	Punto de buena práctica

4.4.3 TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD SEVERA Y RECIDIVANTE

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La enfermedad severa y recidivante a menudo se tratan mediante excisión y cierre con colgajos.	1c OXFORD <i>Khanna, 2011</i>
	La evidencia continúa apoyando el cierre mediante colgajos fuera de la línea media, principalmente para reducir el tiempo de cicatrización.	1a OXFORD <i>Al Khamis, 2011</i>
	El cierre mediante colgajos conlleva un mayor tiempo operatorio, mayor pérdida sanguínea e infección potencial con pérdida del colgajo.	1c OXFORD <i>Khanna, 2011</i>
	Las metas del procedimiento “colgajo de Karydakís” es aplanar el surco natal y llevar la herida fuera de la línea media.	1c OXFORD <i>Khanna, 2011</i>
	Menos del 1% de más de 500 pacientes, con un seguimiento a 20 años, desarrolla recidiva. La tasa de complicación de la herida es del 9%.	2c OXFORD <i>Karydakís, 1992</i>

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	En el procedimiento de Bascom II la meta es eliminar completamente el surco natal en el área enferma.	1c OXFORD <i>Khanna, 2011</i>
	Cuando se compara con el colgajo de Karydakís, el procedimiento de BASCOM II tiene diferencias en cuanto a la falta de excisión y la movilización de los tejidos subcutáneos adiposos y la dependencia de los colgajos de piel.	1c OXFORD <i>Khanna, 2011</i>
	La excisión romboide con colgajo de Limberg y Limberg modificado es de espesor completo, generalmente se cierra y se coloca un drenaje a succión en el postquirúrgico.	1c OXFORD <i>Khanna, 2011</i>
	En una serie de 60 pacientes tratados mediante el colgajo de Limberg modificado, se reportó una tasa del 0% en cuanto a recurrencia, infección de herida quirúrgica y pérdida del colgajo en un seguimiento a 21 meses.	2b OXFORD <i>Mahdy, 2008</i>
	La Z plastia no muestra superioridad en comparación a la incisión y curetaje en cuanto a sangrado, hematoma, infección, o recidiva.	2a OXFORD <i>Fazeli, 2006</i>
	No hay una diferencia significativa con el uso de antibióticos en la infección del sitio quirúrgico en el postquirúrgico.	2c OXFORD <i>Sondanaa, 1993</i>

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Las indicaciones incluyen evitar sedestación por tiempos prolongados, la utilización de bicicletas, hasta 6 semanas posteriores a la cirugía para prevenir un daño a la herida, así como mejorar la higiene local y la depilación ya sea mediante el rasurado o cremas depiladoras.	A OXFORD Milone 2011
	El drenaje del absceso con curetaje de la cavidad tiene como ventajas el alivio rápido de los síntomas y el retorno temprano al trabajo en todos los casos.	B OXFORD Chintapatla, 2003
	No se recomienda el uso de drenajes cerrados a succión posterior a la excisión y cierre primario en la cirugía del seno pilonidal.	A OXFORD Milone, 2011
	El manejo postquirúrgico debe incluir vendaje compresivo.	A OXFORD Milone, 2011
	Seguimiento recomendado revisión en una semana, 1 mes y cada 3 meses hasta cumplir un año.	A OXFORD Milone, 2011
	Antes de embarcarse en una reintervención es necesario corroborar el diagnóstico, descartando otras patologías.	Punto de buena práctica

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Generalmente se requiere de un colgajo para su tratamiento y el de Limberg es una buena opción.	Punto de buena práctica
	Aunque controversial, la depilación o tricotomía postoperatoria hasta alcanzar la cicatrización es una medida que puede disminuir la recurrencia.	Punto de buena práctica

4.5 PRONÓSTICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Factores como la calidad de vida, el retorno a las actividades laborales y el dolor son favorecidos en el destechamiento y la marsupialización cuando se comparan con la terapia exsiccional seguida de cierre con colgajo.	2b OXFORD <i>Karakayalli, 2009</i>
	La infección de herida quirúrgica es poco frecuente varía del 6 al 14%.	1b OXFORD <i>Milone, 2011</i>
	La tasa de infección de herida es mayor en el cierre sobre la línea media que en el cierre fuera de la línea media siendo del 13% y 3.3% respectivamente.	1a OXFORD <i>Al Khamis, 2011</i>
	La mayoría de los pacientes regresan al trabajo en 3 a 4 semanas independientemente del tratamiento empleado.	1b OXFORD <i>Milone, 2011</i>

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Para el manejo de enfermedad sinusal crónica y recurrente se han reportado múltiples técnicas sin embargo ningún método es universalmente aceptado.	1b OXFORD <i>Milone, 2011</i>
	La literatura revela que los pacientes en quienes se realiza cierre con puntos tienen una curación más rápida y regresan a laborar de manera más temprana que aquellos pacientes en quienes no se cierra la herida y se deja cerrar por segunda intención.	1a OXFORD <i>Al Khamis, 2011</i>
	En casos en los cuales se realizó el cierre primario, si se sospecha o confirma la formación de hematoma, es necesario retirar algunos puntos, lavar la herida y permitir el cierre por segunda intención.	Punto de buena práctica
	La mayoría de las recurrencias son secundarias a una técnica deficiente, en la cual no se resecan todos los senos afectados.	Punto de buena práctica

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos obtenidos acerca de la temática **Enfermedad pilonidal**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en español e inglés.
- Documentos publicados los últimos 5 años o, en caso de encontrarse escasa o nula información, documentos publicados los últimos 10 años.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

Estrategia de búsqueda:

5.1.1 PRIMERA ETAPA

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema Enfermedad Pilonidal en PubMed. Las búsquedas se limitaron a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término **Pilonidal Sinus**. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 1 resultado.

Búsqueda	Resultado
("Pilonidal Sinus/classification"[Mesh] OR "Pilonidal Sinus/complications"[Mesh] OR "Pilonidal Sinus/congenital"[Mesh] OR "Pilonidal Sinus/diagnosis"[Mesh] OR "Pilonidal Sinus/drug therapy"[Mesh] OR "Pilonidal Sinus/epidemiology"[Mesh] OR "Pilonidal Sinus/etiology"[Mesh] OR "Pilonidal Sinus/prevention and control"[Mesh] OR "Pilonidal Sinus/surgery"[Mesh] OR "Pilonidal Sinus/therapy"[Mesh]) AND ((Guideline[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp]) AND ("2008/01/01"[PDAT] : "2013/12/31"[PDAT]) AND Humans[Mesh] AND English[lang])	1

Algoritmo de búsqueda:

- 1.- Pilonidal Sinus
- 2.- classification
- 3.- complications
- 4.- congenital
- 5.- diagnosis
- 6.- drug therapy
- 7.- epidemiology
- 8.- etiology
- 9.- prevention and control
- 10.- surgery
- 11.- therapy
- 12.- # 2 or # 3 or # 4 or # 5 or # 6 or # 7 or # 8 or #9 or #10 or # 11
- 13.- #1 and # 12
- 14.- "2003/05/19"[PDat] : "2013/05/15"[PDat]
- 15.- #13 and #14
- 16.- "humans"[MeSH Terms]
- 17.- #15 and #16
- 18.- English[lang])
- 19.- #17 and #18
- 20.- Guideline[ptyp]
- 21.- Practice Guideline[ptyp]
- 22.- #20 or #21
- 23.- #19 and #22
- 24.- #1 and (#2 or #3 or # 4 or # 5 or # 6 or # 7 or # 8 or #9 or #10 or # 11) and #14 and #16 and (#18) and (#20 or #21).

Se argumenta extender la búsqueda a 10 años. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Búsqueda	Resultado
("Pilonidal Sinus/classification"[Mesh] OR "Pilonidal Sinus/complications"[Mesh] OR "Pilonidal Sinus/congenital"[Mesh] OR "Pilonidal Sinus/diagnosis"[Mesh] OR "Pilonidal Sinus/drug therapy"[Mesh] OR "Pilonidal Sinus/epidemiology"[Mesh] OR "Pilonidal Sinus/etiology"[Mesh] OR "Pilonidal Sinus/prevention and control"[Mesh] OR "Pilonidal Sinus/surgery"[Mesh] OR "Pilonidal Sinus/therapy"[Mesh]) AND ((Guideline[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp]) AND "2003/05/19"[PDat] : "2013/05/15"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND English[lang])	1

Segunda Etapa no aplica

5.1.2 TERCERA ETAPA

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica con el término **Pilonidal Sinus**. A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

Sitios Web	# de resultados obtenidos	# de documentos utilizados
www.ncbi.nlm.nih.gov	398	18
Total	398	18

5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN

Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford

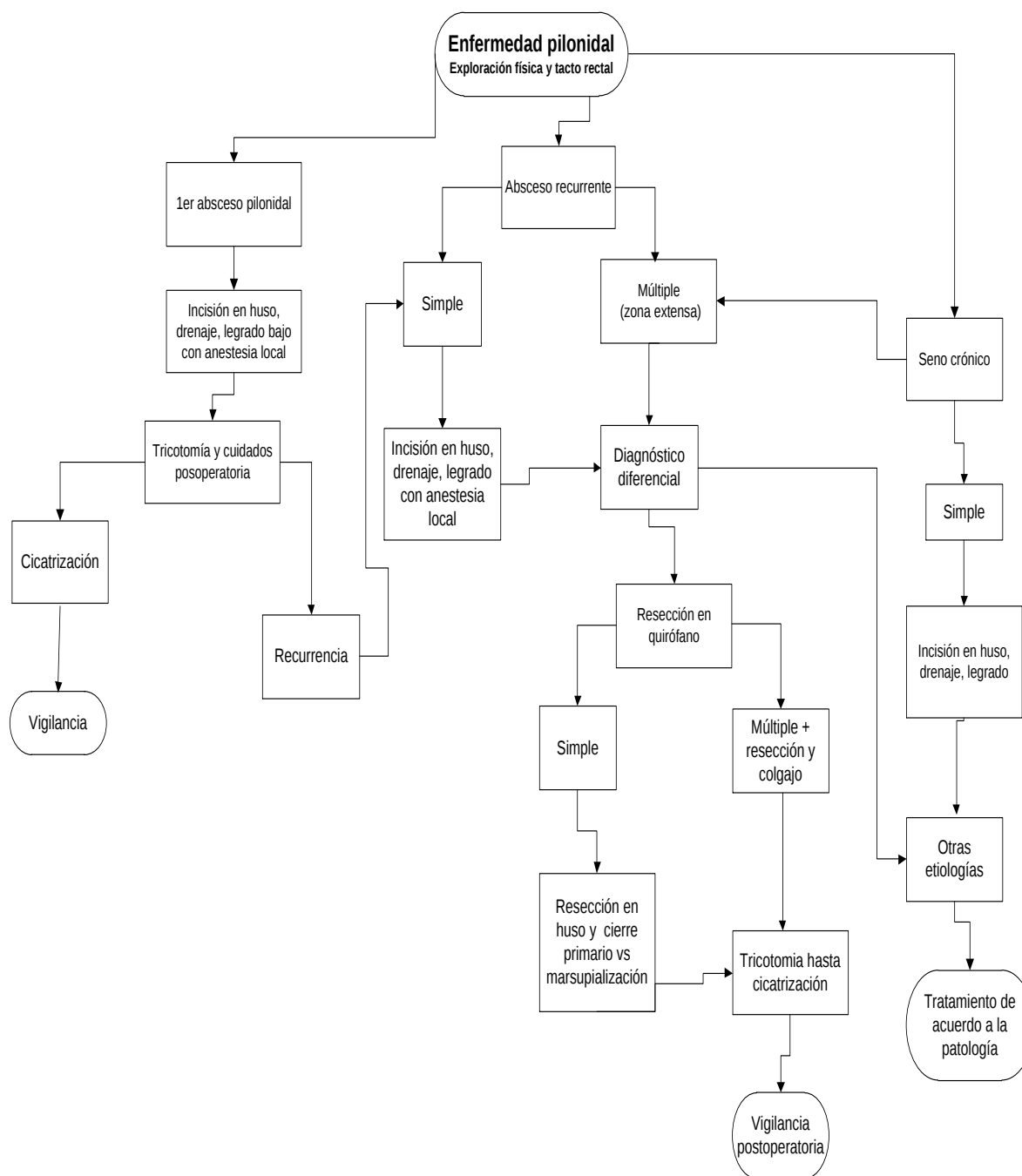
Estudios sobre tratamiento, prevención, etiología y complicaciones		
Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1 a	Revisión sistemática de ECA, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	1 b	ECA individual (con intervalos de confianza estrechos)
	1 c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
B	2 a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	2 b	Estudio de cohortes individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad (< 80% de seguimiento)
	2 c	Investigación de resultados en salud
	3 a	Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	3 b	Estudios de casos y controles individuales
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad.
*Si tenemos un único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa, se indica añadiendo el signo (-) al nivel de evidencia que corresponda y la recomendación que se deriva es una D		
Estudios de diagnóstico		
Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1 a	Revisión sistemática de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y GPC validadas
	1 b	Estudios de cohortes que validen la calidad de una prueba específica, con unos buenos estándares de referencia (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico
	1 c	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico.
B	2 a	Revisión sistemática de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección
	2 b	Estudios exploratorios que, a través de p. e. una regresión logística, determinan qué factores son significativos, y que sean validados con unos buenos estándares de referencia (independientes de la prueba), o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico, o de validación de muestras separadas
	3 b	Comparación cegada u objetiva de un espectro una cohorte de pacientes que podría normalmente ser examinado para un determinado trastorno, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio
C	4	• Los estándares de referencia no son objetivables, cegados o independientes. • Las pruebas positivas y negativas son verificadas usando estándares de referencia diferentes • El estudio compara pacientes con un trastorno determinado conocido con pacientes diagnosticados de otra condición.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en investigación juiciosa ni en los principios fundamentales

Estudios de historia natural y pronóstico		
Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1 a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y GPC validadas.
	1 b	Estudios de cohortes individuales con > 80% de seguimiento
	1 c	Resultados a partir de la efectividad y no de su eficacia demostrada a través de un estudio de cohortes
B	2 a	Revisión sistemática de estudios de cohorte retrospectiva o de grupos controles no tratados en un ECA, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	2 b	Estudio de cohorte retrospectiva o seguimiento de controles no tratados en un ECA, o GPC no validadas.
	2 c	Investigación de resultados en salud
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes de pronóstico de poca calidad
*Si tenemos un único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa, se indica añadiendo el signo (-) al nivel de evidencia que corresponda y la recomendación que se deriva es una D		

Análisis económico y análisis de decisiones		
Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1 a	Revisión sistemática de estudios económicos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección
	1 b	Análisis basados en los costes clínicos o en sus alternativas; revisiones sistemáticas de la evidencia; e inclusión de análisis de sensibilidad
	1 c	Análisis en términos absolutos de riesgos y beneficios clínicos: claramente tan buenas o mejores, pero más baratas, claramente tan malas o peores pero más caras
B	2 a	Revisión sistemática de estudios económicos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	2 b	Análisis basados en los costes clínicos o en sus alternativas; revisiones sistemáticas con evidencia limitada; estudios individuales; e inclusión de análisis de sensibilidad
	2 c	Investigación de resultados en salud
	3 b	Análisis sin medidas de coste precisas pero incluyendo un análisis de sensibilidad que incorpora variaciones clínicamente sensibles en las variables importantes
C	4	Análisis que no incluye análisis de la sensibilidad
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, ni basada en teorías económicas

5.3 DIAGRAMAS DE FLUJO

DIAGRAMA DE FLUJO 1: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO



6. GLOSARIO

Absceso: Acumulación de pus en los tejidos orgánicos

Cierre por segunda intención: El sitio quirúrgico se deja cicatrizar dejando la herida abierta.

Colgajo de Limberg modificado: Esta técnica es similar a la técnica clásica romboidal, sin embargo, la parte final de la línea de sutura se mueve fuera de la línea media.

Colgajo de avance en VY (en relación a la línea media): Una técnica quirúrgica fuera de la línea media. El área enferma se corta, creando un defecto que se cierra con una "V" en forma de colgajo de espesor total. La técnica de elevar el colgajo es similar a la de una aleta romboidal sólo la forma es diferente. Cuando el espacio dejado por el colgajo se cierra las suturas toman una forma de Y.

Colgajo romboide clásico ó de Limberg: Una técnica quirúrgica fuera de la línea media. Se realiza una incisión en forma romboidal con una superficie de tejido normal circundante. A continuación, una aleta romboidal adyacente se mueve para rellenar el defecto romboidal y se sutura terminando la base inferior en la línea media.

Colgajo de Karydakís: Una técnica quirúrgica fuera de la línea media que consiste en recortar la zona enferma en una forma elíptica que está centrado en un lado u otro de la herida. Un colgajo desde el lado de la herida, que implica la línea media se eleve y se lleva sobre la línea media para cubrir el defecto. El colgajo se sutura al otro lado de la herida.

Curetaje: Legrado de las paredes internas de un conducto, cavidad o estructura para eliminar un tejido anormal u obtener una muestra.

Excisión: Extirpación de un tejido o un órgano.

Infección de herida quirúrgica: La ISQ es aquella que ocurre en los 30 días posteriores a la cirugía, o en el plazo de un año si se dejó un implante.

Marsupialización: Una técnica quirúrgica abierta. El seno pilonidal se escinde con un área circundante de tejido normal, posteriormente los bordes de la herida se cosen a la piel sana, con la finalidad de dejar una cavidad pequeña que permanezca abierta y pueda drenar libremente.

Pilonidal: Nido de pelos.

Procedimiento de Bascom I: Una técnica quirúrgica fuera de la línea media la incisión principal es lateral y se desarrolla profundamente bajo la piel de manera que la cavidad es extraída. Se hacen pequeñas incisiones para extirpar cada uno de los senos que se encuentran en la cavidad. La cavidad resultante o bien se puede cerrar o dejar abierta dentro de la herida mientras la incisión lateral siempre se cierra.

Procedimiento de Bascom II: Una técnica quirúrgica fuera de la línea media que consiste en el desbridamiento de la zona enferma después de una escisión fuera de la línea media de la piel por encima de la zona enferma. Un colgajo se moviliza desde el lado opuesto de la herida, moviendo la línea de sutura de la línea media, que luego cubre la cavidad formada.

Surco natal: Sinónimo de surco interglúteo

Z-plastia: Ésta es una técnica quirúrgica fuera de la línea media donde se elimina por completo la zona enferma. Esto es seguido por colgajos de piel que se cortan en forma de Z, y se llevan a la zona de excisión para llenar la zona afectada.

7. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ah. Khamis. Healing by primary versus secondary intention after surgical treatment for pilonidal sinus (Review). 2011 The Cochrane Collaboration.
- 2.- Bascom J. Pilonidal disease: long-term results of follicle removal. Dis Colon Rectum de atención.
- 3.- Chintapatla S, Safarani N, Kumar S, habouibi N (2003) Sacrococcygeal pilonidal sinus: historical review, pathological insight and surgical options. Tech coloproctol 7:3-8.
- 4.- Da Silva JH Pilonidal cyst: cause and treatment. Dis Colon Rectum 43(8): 1146-1156
- 5.- Fazeli MS, Adel MG, Lebaschi AH. Comparison of outcomes in Z-plasty and delayed healing by secondary intention of the wound after excision of the sacral pilonidal sinus: results of a randomized, clinical trial. Dis Colon Rectum. 2006 Dec;49(12):1831-6
- 6.- Gips M, Melki Y, Salem L, Weil R, Sulkes J. Minimal surgery for pilonidal disease using trephines: description of a new technique and long-term outcomes in 1,358 patients. Dis Colon Rectum 2008;51(11):1656-1662, discussion 1662-1663
- 7.- McCallum IJD, Peter MK. Julie B (2008) Healing by primary closure versus open healing after surgery for pilonidal sinus systemic review and meta-analysis. BMJ 336:868-871
- 8.- Karakayali F, Karagulle E, Karabulut Z, Oksuz E, Moray G, Haberal M. Unroofing and marsupialization vs. rhomboid excision and Limberg flap in pilonidal disease: a prospective, randomized, clinical trial. Dis Colon Rectum 2009;52(3): 496-502
- 9.- Karydakakis GE. Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process. Aust N Z J Surg 1992;62(5):385-389.
- 10.- Khanna. Pilonidal disease/khanna, rombeau. clinics in colon and rectal surgery/volume 24, number 1 2011.
- 11.- Mahdy T. Surgical treatment of the pilonidal disease: primary closure or flap reconstruction after excision. Dis Colon Rectum 2008;51(12):1816-1822
- 12.- Mentés O, Oysul A, Harlak A, Zeybek N, Kozak O, Tufan T. Ultrasonography accurately evaluates the dimension and shape of the pilonidal sinus. Clinics. 2009;64(3):189-192.
- 13.- Milone Marco & Musella Mario & Salvatore Giuseppe & Leongito Maddalena & Milone Francesco Effectiveness of a drain in surgical treatment of sacrococcygeal pilonidal disease. Results of a randomized and controlled clinical trial on 803 consecutive patients Int J Colorectal Dis (2011) 26:1601-1607
- 14.- Solla JA, Rothenberger DA. Chronic pilonidal disease. An assessment of 150 cases. Dis Colon Rectum 1990;33(9): 758-761

15.- Søndena K, Nesvik I, Gullaksen FP, Furnes A, Harbo SO, Weyessa S, Søreide JA. The role of cefoxitin prophylaxis in chronic pilonidal sinus treated with excision and primary suture. J Am Coll Surg. 1995 Feb;180(2):157-60.

16.- Stuart A. Taylor. Pilonidal Sinus Disease: MR Imaging distinction from Fistula in Ano. Radiology 2003; 226:662–667. England.

17.- Velasco, Alfonso L.; Dunlap, Wade W. Enfermedad pilonidal e hidradenitis Surg Clin N Am.2009; 89 :689-701 - vol.89 núm 03

18.- Zeiad I. Hussain, M.R.C.S. • Assad Aghahoseini, F.R.C.S. • David Alexander, M.S. Converting Emergency Pilonidal Abscess Into an Elective Procedure. Dis Colon Rectum 2012; 55: 640–645

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de HR “Lic. Adolfo López Mateos” y HG “Dr. Darío Fernández Fierro” 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 ISSSTE y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades de HR “Lic. Adolfo López Mateos” su valiosa colaboración en los procesos de **validación** realizados en esta guía.

9. COMITÉ ACADÉMICO

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. Rafael Castillo Arriaga	Director Médico
Dr. Sergio B. Barragán Padilla	Subdirector de Regulación y Atención Hospitalaria
Dr. E. Leobardo Gómez Torres	Jefe de Servicios
Dra. Amanda Beatriz Núñez Pichardo	Jefe de Departamento de Desarrollo de GPC e Implementación de Programas Sectoriales
Dra. Ana Araceli Ayala Montes de Oca	Coordinador de Guías de Práctica Clínica
Lic. Yoseli Guzmán Pina	Revisión editorial

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial	Directorio del centro desarrollador
Secretaría de Salud Dra. Mercedes Juan López	ISSSTE
Secretario de Salud	Dr. Rafael Castillo Arriaga Director Médico
Instituto Mexicano del Seguro Social Dr. José Antonio González Anaya	Dr. Sergio B. Barragán Padilla Subdirector de Regulación y Atención Hospitalaria
Director General	Dr. E. Leobardo Gómez Torres Jefe de Servicios
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Lic. Sebastian Lerdo de Tejada Covarrubias	Dr. Eduardo B. Barragán Padilla Director Médico del Hospital Regional
Director General	Lic. Adolfo López Mateos.
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Lic. Laura Vargas Carrillo	Dr. Pablo Valle Moctezuma Director Médico del Hospital General
Titular del organismo SNDIF	"Dario Fernández Fierro"
Petróleos Mexicanos Dr. Emilio Ricardo Lozoya Austin	
Director General	
Secretaría de Marina Armada de México Almirante Vidal Francisco Soberón Sanz	
Secretario de Marina	
Secretaría de la Defensa Nacional General Salvador Cienfuegos Zepeda	
Secretario de la Defensa Nacional	
Consejo de Salubridad General Dr. Leobardo Ruíz Pérez	
Secretario del Consejo de Salubridad General	

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Luis Rubén Durán Fontes	<i>Presidente</i>
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud	
Dr. Pablo Kuri Morales	<i>Titular</i>
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos	<i>Titular</i>
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	
Dr. Gabriel O'shea Cuevas	<i>Titular</i>
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	
Dr. Alfonso Petersen Farah	<i>Titular</i>
Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	
Dr. Leobardo Carlos Ruíz Pérez	<i>Titular</i>
Secretario del Consejo de Salubridad General	
Dr. Pedro Rizo Ríos	<i>Titular</i>
Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales	<i>Titular</i>
Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	
Contraalmirante. SSN, M.C. Pediatra. Rafael Ortega Sánchez	<i>Titular</i>
Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México	
Dr. Javier Dávila Torres	<i>Titular</i>
Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	
Dr. José Rafael Castillo Arriaga	<i>Titular</i>
Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	
Dr. Rodolfo Rojas Rubí	<i>Titular</i>
Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	
Lic. Mariela Amalia Padilla Hernández	<i>Titular</i>
Directora General de Integración Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
Dr. Ricardo Camacho Sanciprian	
Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
Dr. José Meljem Moctezuma	<i>Titular</i>
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	
Dr. José Ignacio Santos Preciado	<i>Titular</i>
Director General de Calidad y Educación en Salud	
Dr. Francisco Garrido Latorre	<i>Titular</i>
Director General de Evaluación del Desempeño	
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	<i>Titular</i>
Director General de Información en Salud	
M. en A. María Luisa González Rétiz	<i>Titular y Suplente del presidente del CNGPC</i>
Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	
Dr. Agustín Lara Esqueda	<i>Titular 2013-2014</i>
Secretario de Salud y Bienestar Social y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Colima	
M.C., M.F. y M.A. Rafael Humberto Alpuche Delgado	<i>Titular 2013-2014</i>
Secretario de Salud y Director General de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo	
Dr. Ernesto Echeverría Aispuro	<i>Titular 2013-2014</i>
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Sinaloa	
Dr. Enrique Ruelas Barajas	<i>Titular</i>
Presidente de la Academia Nacional de Medicina	
Dr. Alejandro Reyes Fuentes	<i>Titular</i>
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	
Dr. Eduardo González Pier	<i>Asesor Permanente</i>
Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	
Dr. Víctor Manuel García Acosta	<i>Asesor Permanente</i>
Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	
Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	<i>Asesor Permanente</i>
Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	
Ing. Ernesto Dieck Assad	<i>Asesor Permanente</i>
Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados	
Dr. Sigfrido Rangel Frausto	<i>Asesor Permanente</i>
Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	
Dra. Mercedes Macías Parra	<i>Invitada</i>
Presidenta de la Academia Mexicana de Pediatría	
Dr. Esteban Hernández San Román	<i>Secretario Técnico</i>
Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	