

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Atención, diagnóstico y tratamiento de **DIARREA AGUDA EN ADULTOS** en el primer nivel de atención

Evidencias y recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-106-08**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Ave. Reforma No. 450, piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600, México, D. F.

www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC.

© Copyright CENETEC.

Editor General.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Esta guía de práctica clínica 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 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 en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.

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

Deberá ser citado como: **Prevención, diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda en adultos en el primer nivel de atención**, México: Secretaría de Salud, 2008.

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

CIE-10: A09 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso

GPC: Prevención, diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda en adultos en el primer nivel de atención

Coordinadores

Dr. Rodrigo Octavio Martínez Pérez	Pediatría	Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua	Director General de Servicios Estatales del Estado de Chihuahua
Dra. Diana Ivonne León Albo	Medicina familiar y Maestría en Ciencias de Salud en el Trabajo	Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua	Subdirección de Enseñanza e Investigación Estatal del Estado de Chihuahua

Autores

Dr. Alfredo Antonio Guzmán Macías	Medicina interna	Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua	Médico integrante de la unidad de investigación
Dr. Carlos Eduardo Pacheco Torres	Medicina interna	Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua	Médico integrante de la unidad de investigación
Dr. Ricardo Esteban Esparza Frausto	Medicina general	Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua	Médico integrante de la unidad de investigación
Dra. Blanca Esthela Díaz Pulido	Medicina general	Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua	Médico integrante de la unidad de investigación
Dra. Tzigrid Xelishtlic Siordia Burgos	Medicina interna	Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua	Médico integrante de la unidad de investigación
M. en A. Héctor Javier González Jácome	Medicina interna Administración y políticas públicas	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SSA.	Subdirección de guías de práctica clínica.
M. en A. Luis Agüero y Reyes	Medicina interna Administración en salud	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SSA	Coordinador de guías de medicina interna
Dr. David Leonardo Hernández Santillán	Medicina familiar	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SSA	Asesor de guías de práctica clínica (OMS)

Validación Interna:

Dra. María Teresa Cervantes Cañas	Medicina interna Geriatría	Hospital de Especialidades, CMN La Raza, IMSS	Médico internista, Admisión Continua
-----------------------------------	-------------------------------	---	--------------------------------------

Revisión institucional:

Dr. Eduardo Pérez Torres	Gastroenterología	Hospital General de México	Jefe del servicio de Gastroenterología
Dra. María Luisa Hernández Medel	Infectología y Medicina Interna	Hospital General de México	Adscrita al servicio de Infectología

Índice

1. Clasificación.....	5
2. Preguntas a responder.....	6
3. Aspectos generales.	
3.1 Justificación.....	7
3.2 Objetivo.....	8
3.3 Definición.....	9
4. Evidencias y recomendaciones.....	10
4.1. Prevención primaria.	
4.1.1 Promoción de la salud.	
4.1.1.1 Estilo de vida.....	11
4.1.1.2 Educación para la salud.....	12
4.1.1.3 Orientación/Consejería.....	13
4.1.2 Protección específica.	
4.1.2.1 Saneamiento ambiental.....	14
4.2 Prevención secundaria.	
4.2.1 Detección.	
4.2.1.1 Factores de riesgo.....	15
4.2.1.2 Escenarios etiopatogénicos.....	15
4.2.1.3 Historia clínica.....	16
4.2.1.4 Diagnóstico temprano.....	17
4.2.1.5 Estudios de laboratorio y gabinete.....	18
4.2.2 Limitación del daño.	
4.2.2.1 Tratamiento oportuno y adecuado.....	19
4.2.2.2 Tratamiento no farmacológico.....	20
4.2.2.3 Tratamiento farmacológico.....	21
4.3 Prevención terciaria	
4.3.1 Rehabilitación.....	22
5. Anexos.....	23
6. Agradecimientos.....	25
7. Bibliografía.....	26
8. Comité académico.....	28
9. Directorios.....	29
10. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica.....	30

1. CLASIFICACIÓN

Clasificación GPC SSA-106-08	
Profesionales de la salud	1.11 Médico de urgencias. 1.15 Enfermera(o). 1.19 Geriatra. 1.23 Médico familiar. 1.25 Médico internista. 1.27 Especialista en medicina preventiva. 1.34 Nutrióloga(o). Médico general.
Clasificación de la enfermedad	A09. Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.
Categoría de GPC	3.1.1 Nivel de atención primario. 3.3 Evaluación. 3.4 Diagnóstico y tamizaje. 3.6 Tratamiento. 3.11 Prevención. 3.15 Educación sanitaria
Usuarios potenciales	4.3 Departamentos de salud pública. 4.4 Dietistas. 4.5 Enfermeras generales. 4.6 Enfermeras especializadas. 4.7 Estudiantes. 4.10 Enfermeras generales. 4.11 Investigadores. 4.12 Médicos especialistas. 4.13 Médicos generales. 4.14 Médicos familiares. 4.17 Organizaciones orientadas a enfermos. 4.18 Paramédicos. 4.19 Paramédicos técnicos en urgencias. 4.21 Personal de laboratorio clínico. 4.23 Planificadores de servicios de salud. 4.25 Proveedores de servicios de salud. 4.28 Técnicos en enfermería. 4.32 Trabajadores sociales.
Tipo de organización desarrolladora	Gobierno Federal. Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua.
Población blanco	7.5 Adulto de 19 a 44 años (desde 18 años). 7.6 Mediana edad, de 45 a 64 años. 7.7 Adultos mayores, de 65 a 79 años. 7.8 Adultos mayores, de 80 años o más. 7.9 Hombre. 7.10 Mujer.
Fuente de financiamiento / patrocinador	Gobierno Federal, Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua.
Intervenciones y actividades consideradas	Historia clínica, exploración física, tomar muestras de laboratorio, educación, promoción a la salud, referencia oportuna.
Impacto esperado en salud	Incremento en la tasa de diagnóstico temprano Referencia oportuna Reducción en la tasa de mortalidad
Metodología:	Definición del enfoque de la GPC. Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia: AGREE, COCHRANE Protocolo sistematizado de búsqueda. 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: 34 Guías seleccionadas: Cinco del período 2005-2008. Revisiones sistemáticas. Ensayos controlados aleatorizados. Reporte de casos. Validación del protocolo de búsqueda: Biblioteca Virtual de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México y de Chihuahua, Biblioteca del Instituto Nacional de Salud Pública de México, University of Texas at El Paso. Adopción de guías de práctica clínica internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia. Construcción de la guía para su validación. 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.
Método de validación y adecuación.	Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: Hospital de Especialidades, CMR, IMSS. Revisión institucional: Hospital General de México.
Conflictos de interés.	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
Registro y actualización.	Registro SSA-106-08 Fecha de actualización

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Qué importancia tiene en la población el cuidado de la higiene personal para el desarrollo de diarrea aguda en el adulto?
2. ¿Qué valor clínico tiene el lavado de manos para la población en un adulto para desarrollar diarrea aguda?
3. ¿Cuál es la importancia de que se tomen medidas de saneamiento en los alimentos para el desarrollo de la diarrea aguda en los adultos?
4. ¿Cuáles son las causas más frecuentes relacionadas a la diarrea aguda en adultos?
5. ¿Cuál es el valor del cuadro clínico en el diagnóstico de diarrea aguda en el adulto?
6. ¿Cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de EDA en el adulto?
7. ¿Cuáles son los factores de riesgo para las complicaciones de la enfermedad diarreica en el adulto?
8. ¿Es útil el estudio de amiba en fresco para el diagnóstico de diarrea aguda en el adulto?
9. ¿Es útil el estudio de biometría hemática para el diagnóstico de diarrea aguda en el adulto?
10. ¿Es útil el estudio de electrolitos séricos para el diagnóstico de diarrea aguda en el adulto?
11. ¿Cuáles son los criterios de hospitalización para la diarrea aguda en el adulto?
12. ¿Qué secuelas puede dejar una enfermedad diarreica aguda en un adulto?
13. ¿Cuáles son los tratamientos disponibles para la diarrea aguda en el adulto?
14. ¿Cuál es la utilidad de los tratamientos no farmacológicos en la diarrea aguda en el adulto?
15. ¿Cuál es la utilidad de los tratamientos farmacológicos en la diarrea aguda en el adulto?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

La diarrea es un síndrome de naturaleza infecciosa causada por virus, protozoarios, bacterias y helmintos. Hace diez años a nivel mundial se reportaban 4'000,000 de muertes por enfermedad diarreica aguda, mientras en la actualidad el promedio es 2'500,000 de muertes por año.¹ En el año 2000 se estimó que las enfermedades diarreicas cobraron entre 1.4 y 2.5 millones de vidas. En la actualidad en los países desarrollados, como Estados Unidos, se presentan 0,44 episodios de diarrea aguda por persona por año. En la Unión Europea aún se observan 19 muertes por cada 100 personas por año, de las cuales 3,3 recibieron atención médica. En el año 2007, según información del INEGI, las enfermedades gastrointestinales cobraron 514,420 muertes en la República Mexicana.

La OMS en el año 2004 publicó que las enfermedades diarreicas representan una de las cinco causas de muertes en el mundo. Debido a lo anterior, el tratamiento y prevención de las secuelas de los eventos diarreicos es de vital importancia en la atención de la salud para disminuir la prevalencia y por lo tanto las complicaciones de esta patología. En el reporte estadístico de la OMS publicado en el 2008 se estima que para el año 2030 las enfermedades gastrointestinales ocuparán el lugar 23avo de las causas de mortalidad en la población mundial. Una guía clínica basada en evidencia facilitará la utilización de los recursos para la atención de la salud, favoreciendo así mismo una adecuada toma de decisiones en situaciones específicas de acuerdo a la necesidad de la población afectada, para poder así cumplir la meta de reducir las complicaciones por enfermedades diarreicas

Esta guía es para pacientes adultos con episodio diarreico agudo. No pretende abarcar los brotes epidémicos de enfermedad diarreica como el cólera, ni el manejo de los casos que requieren un segundo nivel de atención medica.

3. ASPECTOS GENERALES

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

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

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible. Esta guía se pone a disposición del personal del primer nivel de atención con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Identificación de factores de riesgo para padecer diarrea aguda, así como el cuadro clínico.
- Acciones específicas de prevención y tratamiento oportuno.

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

3. ASPECTOS GENERALES

3.3 DEFINICIÓN

La **enfermedad diarreica aguda EDA**, (CIE-10: A09 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso) se define en los países donde se puede suponer que a cualquier afección listada en a A09 sin otra especificación le corresponde un origen no infeccioso, la afección debe ser clasificada en K 52.9. Catarro entérico, colitis, enteritis, gastroenteritis, no específica, hemorrágica y séptica. Diarrea disintérica, no específica, disintérica y epidémica.

La diarrea consiste en evacuaciones líquidas o acuosas, con un incremento del peso de la materia fecal por encima de los 200 gramos al día, y un aumento en la frecuencia de las mismas.¹

La definición por la Organización Mundial de la Salud de la diarrea es: “La expulsión de tres o más deposiciones líquidas con o sin sangre en 24 horas que adopten la forma del recipiente que las contiene”; y episodio diarreico: “es el que cumple el criterio anterior y termina cuando el último día con diarrea es seguido con al menos 48 horas con deposiciones normales”.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

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

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

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

Para fines de esta guía se aplicó el sistema del *National Institute for Health and Clinical Excellence NICE*.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA
 4.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD
 4.1.1.1 ESTILO DE VIDA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

El lavado de manos se asocia con una disminución del riesgo de prevención de diarrea en la población general en un 80 % de los casos.

III

Estudio no analítico como informe ó serie de casos.
CDC Guidelines for the management of acute diarrhea, 2005.

R

Se aconseja ofrecer información, orientación y educación a la población adulta sobre los factores de riesgo y la promoción de conductas favorables a la salud.

C

Estudio no analítico como informe ó serie de casos.
CDC Guidelines for the management of acute diarrhea, 2005.

E

Un índice de hacinamiento elevado, se asocia a un incremento significativo en el riesgo de diarrea aguda en la población general.

II

Estudio no analítico como informe o serie de casos.
Sathaporn, 2002.

R

Informar a la población sobre los beneficios potenciales de hervir frutas y verduras en la reducción del riesgo de padecer diarrea aguda.

C

Estudio no analítico como informe ó serie de casos.
CDC Guidelines for the management of acute diarrhea, 2005.

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

4.1.1.2 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E El lavado de manos se asocia con una disminución del riesgo de prevención de diarrea en la población general en un 80 % de los casos.</p>	<p>III Estudio no analítico como informe ó serie de casos. <i>CDC Guidelines for the management of acute diarrhea, 2005.</i></p>
<p>R Se recomienda el lavado de frutas y verduras, así como hervirlas y evitar comer en lugares presuntamente contaminados.</p>	<p>C Estudio no analítico como informe ó serie de casos. <i>Dupont HL, 2008.</i></p>
<p>E Son importantes los cuidados efectivos en las personas que viajan a lugares más contaminados y que se conocen por su asociación con casos de diarrea infecciosa.</p>	<p>I Estudio no analítico como informe ó serie de casos. <i>Diemert, 2006.</i></p>
<p>R Se aconseja a la población tomar un mínimo de cuatro vasos de agua al día en época de calor, ya que reduce importantemente los casos relacionados con episodios de diarrea aguda.</p>	<p>A Guía de práctica clínica. <i>Seguro Social de Costa Rica, 2005.</i></p>

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

4.1.3 ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Durante las últimas tres décadas se ha logrado una disminución consistente de la tasa de mortalidad en los países en desarrollo a factores tales como la distribución y el uso generalizado de **Soluciones de Rehidratación Oral SRO**, mejor nutrición, mejor estado sanitario e higiene.

II-III

Estudios comparativos, de correlación y caso-control.

Vieira de Silva, 2006.

Estudio no analítico como informe ó serie de casos.

CDC Guidelines for the management of acute diarrhea, 2005.

R

Se recomienda la regulación de medidas para el procesamiento y manejo de los alimentos puesto que la incidencia varía de acuerdo a cada zona geográfica y estación del año.

A

Estudio no analítico como informe ó serie de casos.

Musher, 2004.

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1 PROTECCIÓN ESPECÍFICA

4.1.2.1 SANEAMIENTO AMBIENTAL

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R	Es recomendable estar en constante vigilancia de alimentos tales como huevos, y sus derivados y de la carne de ave inadecuadamente preparada ya que son motivo de diarreas producidas por <i>Salmonella enteritidis</i> .	A Estudios no analíticos, como estudios comparativos, de correlación y caso-control. <i>Diemert, 2006.</i>
R	Se aconseja valorar varias condiciones no infecciosas que deben descartarse, tales como colitis ulcerosa inespecífica, rectitis actínica entre otras, así como la diarrea causada por medicamentos.	A Estudio no analítico como informe ó serie de casos. <i>Bartlett, 2002.</i>
E	Se observó que en un 75% de casos hay una invasión por <i>Campylobacter sp</i> , al estar contaminada la leche no pausterizada ya que invade el tracto gastrointestinal.	III Estudios no analíticos, como estudios comparativos, de correlación y caso-control <i>Tribble, 2008.</i>
R	Recomendar a la población hervir la leche no pasteurizada (cruda) puesto que se expone a contaminación por ciertos agentes bacterianos.	A Estudio no analítico como informe ó serie de casos. <i>Musher, 2004.</i>
R	Aconsejar a la población la desinfección del agua teniendo acciones como: <ul style="list-style-type: none"> • Hervir el agua de uno a tres minutos enfriarla a temperatura ambiente. • Clorar o yodar el agua. • Colocar filtros de agua con poros de C^{14}. 	B Estudios no analíticos, como estudios comparativos, de correlación y caso-control. <i>Diemert, 2006.</i> Práctica médica efectiva. <i>INSP, 2006.</i>

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.1 DETECCIÓN

4.2.1.1 FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R</p> <p>Es aconsejable para la población tener cuidado con la preparación de los alimentos, antecedentes de viajes, cambios en las estaciones del año, con brotes de infección (haber acudido a evento social en donde se ofreció comida) o contacto con una fuente potencial de infección diarreaica.</p>	<p>C</p> <p>Estudio no analítico como informe ó serie de casos. <i>CDC Guidelines for the management of acute diarrhea, 2005.</i></p>
<p>R</p> <p>Se deben descartar otras causas de diarrea, como la intolerancia a lactosa, así como la ingesta de antibiótico por causas diferentes a la diarrea. El uso de procinéticos (existen estudios que difieren de ellos) compuestos con magnesio, el uso de laxantes y se debe hacer siempre un diagnostico diferencial de diarreas crónicas.</p>	<p>B-D</p> <p>Estudio no analítico como informe ó serie de casos. <i>Sathaporn, 2002.</i> Práctica médica efectiva. <i>INSP, 2006.</i></p>

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.1 DETECCIÓN

4.2.1.2 ESCENARIOS ETIOPATOGÉNICOS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p> <p>Diarrea no inflamatoria Es causada por microorganismos productores de toxinas como: <i>E. coli</i> enterotoxigénica, <i>S. aureus</i>, <i>Bacillus cereus</i>, rotavirus.</p>	<p>II</p> <p>Estudios no analíticos, como estudios comparativos, de correlación y caso-control. <i>De Bruyn, 2008.</i></p>
<p>E</p> <p>Diarrea inflamatoria Es causada por microorganismos que invaden la mucosa intestinal: <i>E. coli</i> enteroinvasora, <i>Shigella sp</i>, <i>Salmonella sp</i>, <i>Campylobacter sp</i>.</p>	<p>II</p> <p>Estudios no analíticos, como estudios comparativos, de correlación y caso-control. <i>De Bruyn, 2008.</i></p>

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.1 DETECCIÓN

4.2.1.3 HISTORIA CLÍNICA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R</p>	<p>Es importante interrogar en la historia clínica la evolución, que nos orienta a la evaluación de una diarrea de origen infeccioso o no infeccioso</p> <p style="text-align: right;">C</p> <p>Estudios no analíticos, como estudios comparativos, de correlación y caso-control. <i>Socas, 2006.</i></p>
<p>E</p>	<p>En los pacientes adultos se ha observado que cuando el cuadro clínico tiene una duración de 24 horas, con frecuencia de tres o más evacuaciones en una hora, este en el en el 75% de los casos se resolverá en menos de 14 días.</p> <p style="text-align: right;">III</p> <p>Estudios no analíticos, como estudios comparativos, de correlación y caso-control. <i>Thielman, 2004.</i> <i>Helton, 2004.</i></p>
<p>R</p>	<p>Se aconseja observar la apariencia de las heces (moco, sangre) esto nos puede indicar que el paciente presenta un padecimiento de origen infeccioso.</p> <p style="text-align: right;">B</p> <p>Estudio no analítico como informe ó serie de casos. <i>Thielman, 2004.</i></p>
<p>E</p>	<p>En el 90 % de los casos de diarrea de origen infeccioso hay presencia de dolor abdominal y se acompaña de vómito.</p> <p style="text-align: right;">II</p> <p>Estudios de cohorte, casos control o de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal. <i>Blu F, 2005.</i> <i>Martínez, 2005.</i></p>

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.1 DETECCIÓN

4.2.1.4 DIAGNÓSTICO TEMPRANO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>La mayoría de los episodios de diarrea manejados adecuadamente evolucionan favorablemente y se auto limitarán.</p> <p style="text-align: right;">C</p> <p>Estudios no analíticos, como estudios comparativos, de correlación y caso-control. <i>Guerrant, 2001.</i></p>
	<p>Todo paciente con signos de alarma: deshidratación grave, evacuaciones con moco, sangre y datos de abdomen agudo, deberá ser referido al segundo nivel de atención.</p> <p style="text-align: right;">III</p> <p>Estudios no analíticos, como estudios comparativos, de correlación y caso-control. <i>Chen, 2007.</i></p>
	<p>Se aconseja hacer énfasis en la relación médico-paciente en cuanto a escuchar las inquietudes del paciente y explicar la historia natural de las diarreas, así como, de los datos de alarma.</p> <p style="text-align: right;">D</p> <p>Estudio no analítico como informe ó serie de casos. <i>González, 2005.</i></p>
	<p>Estar atento a las dudas post-tratamiento para garantizar una evolución satisfactoria y solicitar al paciente que regrese al servicio de salud dentro de las 48 horas posteriores para evaluar su evolución.</p> <p style="text-align: right;">C</p> <p>Estudios de cohorte, casos control o de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal. <i>SIGN 104, 2008.</i></p>

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.1 DETECCIÓN

4.2.1.5 ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Para la enteritis y colitis aguda, es recomendable tomar en cuenta que es más importante lograr un adecuado mantenimiento del volumen intravascular, corregir los trastornos hidroelectrolíticos y posteriormente identificar al agente causal.

A
Estudios no analíticos, como estudios comparativos, de correlación y caso-control. *Spiller Gut, 2008.*



Habitualmente no es necesario hacer coprocultivos en aquellos pacientes que se presenten dentro de las 24 horas de la aparición de una diarrea aguda acuosa que no sugiere origen infeccioso.

A
Estudios no analíticos, como estudios comparativos, de correlación y caso-control. *De Bruyn, 2008.*



Está indicada la investigación microbiológica en los pacientes deshidratados o febriles, o en aquellos que presenten sangre o pus en las materias fecales

D
Estudio no analítico como informe ó serie de casos. *Sathaporn, 2002.*
De Bruyn, 2008.
Práctica médica efectiva. *INSP, 2006.*



Una correcta selección y análisis de las muestras remitidas en base a la interpretación de la información del caso tales: como antecedentes del paciente, aspecto clínico, inspección visual de las heces y período de incubación estimado, permiten reducir los costos asociados a los estudios de materias fecales, coprocultivos búsqueda de amiba en fresco, así como títulos de reacciones febriles.

C
Estudios de cohorte, casos control o de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal. *Yogesh, 2008.*

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Las manifestaciones clínicas tienen poco valor predictivo, sin embargo la fiebre, dolor abdominal, así como la presencia de leucocitos o sangre en heces se observan con más frecuencia en la diarrea infecciosa.

C

Estudios de cohorte, casos control o de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal. *Goodgame, 2006.*

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.2 LIMITACIÓN DEL DAÑO

4.2.2.1 TRATAMIENTO OPORTUNO Y ADECUADO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

La diarrea acuosa requiere de una adecuada reposición de líquidos y electrolitos, independientemente de su etiología.

A

Estudios no analíticos, como estudios comparativos, de correlación y caso-control. *De Bruyn, 2008.*

R

La alimentación debe continuar durante todas las etapas de la enfermedad según lo máximo posible y debe incrementarse durante el periodo de convalecencia para evitar efectos perjudiciales al estado nutricional.

A

Estudios no analíticos, como estudios comparativos, de correlación y caso-control. *Brown, 2003.*

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.2 LIMITACIÓN DEL DAÑO

4.2.2.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R Es aconsejable la dieta astringente por la efectividad en el tratamiento coadyuvante para el manejo de la diarrea aguda.</p>	<p>C Estudios no analíticos, como estudios comparativos, de correlación y caso-control. <i>Fisterra, 2006.</i></p>
<p>E Durante toda la evolución del cuadro diarreico se recomendará la rehidratación con suero oral.</p>	<p>B Estudios no analíticos, como estudios comparativos, de correlación y caso-control. <i>Fisterra, 2006.</i> Guía de práctica clínica. <i>Seguro Social de Costa Rica, 2005.</i></p>
<p>E El uso del suero oral ha demostrado una gran eficacia y tolerancia.</p>	<p>C Guía Clínica. <i>WGO, 2008.</i></p>
<p>R La terapia intravenosa con fluidos es requerida solamente en pacientes con deshidratación severa y su función es el restaurar rápidamente volumen sanguíneo y corregir el shock. Para poder asegurar una adecuada hidratación es necesario asegurar una ingesta de SRO tan pronto el paciente pueda ingerir líquidos, incluso cuando la terapia inicial es intravenosa.</p>	<p>B Estudio no analítico como informe ó serie de casos. <i>World Health Organization, 2005.</i> <i>Healthcare Workers, World Gastroenterology Organisation, 2005.</i></p>
<p>R Se recomienda como profilaxis el uso de probióticos como medida de precaución a la exposición de agentes causantes de la diarrea del viajero.</p>	<p>C Estudios de cohorte, casos control o de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal. <i>Huebner, 2006.</i></p>

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA.

4.2.2 LIMITACIÓN DEL DAÑO.

4.2.2.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R</p> <p>Para inhibir la motilidad intestinal el agente de elección es la loperamida, 4 mg por dosis, vía oral; pueden administrarse posteriormente 2mg después de cada evacuación, con un máximo de 16 mg al día.</p>	<p>A, B</p> <p>Estudios no analíticos, como estudios comparativos, de correlación y caso-control. <i>Sathaporn, 2002.</i> Práctica médica efectiva. <i>INSP, 2006.</i></p>
<p>E</p> <p>En el uso de la loperamida se han encontrado las siguientes contraindicaciones absolutas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diarrea asociada con toxinas • colitis ulcerativa <p>Contraindicaciones relativas</p> <ul style="list-style-type: none"> • cuando el paciente se encuentre con deshidratación moderada • íleo paralítico, disentería • enfermedad hepática • diarrea infecciosa 	<p>B</p> <p>Estudios no analíticos, como estudios comparativos, de correlación y caso-control <i>Thielman, 2004.</i></p>
<p>R</p> <p>Considerar tratamiento antimicrobiano para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infecciones persistentes por <i>Shigella sp</i>, <i>Salmonella sp</i>, <i>Campylobacter sp</i>, o producidas por parásitos. • Infección en pacientes añosos, inmunocomprometidos y pacientes con resistencia alterada, sepsis o portadores de todo tipo de prótesis. • En la diarrea del viajero moderada/severa o diarrea febril y/o con deposiciones sanguinolentas. 	<p>A, B</p> <p>Estudios no analíticos, como estudios comparativos, de correlación y caso-control. Guía de práctica clínica. <i>Seguro Social de Costa Rica, 2005.</i> <i>Socas, 2006.</i> <i>Diemert, 2006.</i> Farthing WGO Guía Clínica <i>WGO, 2008.</i></p>
<p>E</p> <p>Se considera que los antimicrobianos son los medicamentos de elección para el tratamiento empírico de la diarrea del viajero y de la diarrea secretoria adquirida en la comunidad cuando se conoce el patógeno</p>	<p>C</p> <p>Estudios de Cohorte, casos control o de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal. <i>Sathaporn, 200., Thielman, 2004. González, 2005, Willacy, 2008.</i> Farthing WGO Guía Clínica, <i>WGO, 2008.</i></p>

4.3 PREVENCIÓN TERCIARIA.

4.3.1 REHABILITACIÓN.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

Valorar el manejo posterior:

- Estar al pendiente de pistas epidemiológicas que pueda repetir el evento, tales como: alimentos, antibióticos, actividad sexual, viajes, asistencia a cuidados diurnos, otras enfermedades, brotes, estación del año.
- Así como vigilar las pistas clínicas que nos orienten a que no ha desaparecido el padecimiento: diarrea sanguinolenta, dolor abdominal, disentería.

A

Estudios no analíticos, como estudios comparativos, de correlación y caso-control.
Thielman, 2004.
González, 2005.
Farthing WGO Guía Clínica.
WGO, 2008.

R

Tratamiento de los síntomas: de ser necesario, considerar el subsalicilato de bismuto o la loperamida, si la diarrea no es inflamatoria o sanguinolenta.

Continuar con manejo antibiótico: completar esquema y valorar de nuevo con métodos de laboratorio y gabinete.

A

Estudios no analíticos, como estudios comparativos, de correlación y caso-control.
Thielman, 2004.
González, 2005.
Huebner, 2006.
Farthing WGO Guía Clínica.
WGO, 2008.

5. ANEXOS

Características clínicas y epidemiológicas de los diferentes patógenos

Patógeno	Hallazgos clínicos, epidemiológicos	Fiebre	Dolor abdominal	Sangre en evacuaciones	Nausea, vómito	Leucocitosis en heces	Desequilibrio hidroelectrolítico
<i>Salmonella sp.</i>	Transmisión fecal - oral, adquirida en la comunidad	Presente	Presente	Presente	Ocurre	Presente	Variable
<i>Campylobacter sp.</i>	Consumo de pollo mal cocido, adquirido en la comunidad	Presente	Presente	Presente	Ocurre	Presente	Variable
<i>Shigella sp.</i>	Persona a persona, adquirida en la comunidad	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente	Variable
<i>C. difficile</i>	Infección nosocomial; adquirida en la comunidad	Ocurre	Ocurre	Presente	NC	Presente	Ocurre
<i>Vibrio sp.</i>	Ingesta de mariscos	Variable	Variable	Variable	Variable	Variable	Variable
<i>E. histolytica</i>	Viajes a regiones tropicales	Ocurre	Ocurre	Variable	Variable	Variable	Presente
<i>Cryptosporidium sp.</i>	Transmisión a través del agua, personas inmunocomprometidas.	Variable	Variable	No presente	Ocurre	NC	NC
<i>Giardia sp.</i>	Guarderías, asilos, deficiencia de Ig A.	NC	Presente	NC	Ocurre	NC	NC
Norovirus	Brotos durante el invierno, guarderías asilos.	Variable	Presente	NC	Presente	NC	NC

NC: no constante

Tratamiento farmacológico de los diferentes patógenos

Tratamiento farmacológico, específico de agente causal identificado	
Patógeno	Recomendaciones para adultos
<i>Shigella sp.</i>	Ciprofloxacino, 500 mg dos veces al día. Tratamiento de uno a tres días. Alternativa: trimetoprim/sulfametoxazol 800/160 mg dos veces al día
<i>Salmonella sp</i> , especies no <i>typhi</i>	Trimetoprim/sulfametoxazol 800/160 mg; ciprofloxacino 500 mg dos veces al día durante cinco a siete días.
<i>E. coli</i>	Ciprofloxacino, 500 mg dos veces al día. Tratamiento de uno a tres días Alternativa: trimetoprim/sulfametoxazol 800/160 mg durante siete días.
<i>Yersinia sp.</i>	Doxiciclina 300 mg y aminoglucósidos. Alternativa: trimetoprim/sulfametoxazol.
<i>Vibrio cholerae</i>	Dosis única de doxiciclina, 300 mg. Tetraciclinas, 500 mg cuatro veces al día durante tres días. Alternativa: ciprofloxacino, dosis única.
<i>C. difficile</i>	Metronidazol, 250 mg cuatro veces al día, hasta 500 mg tres veces al día durante diez días.
<i>Giardia sp.</i>	Metronidazol, 250 a 500 mg tres veces al día durante siete a diez días.
<i>E. histolytica</i>	Metronidazol, 500 mg tres veces al día durante cinco a diez días, más iodoquinol, 650 mg tres veces al día durante diez días.
<i>Salmonelle thypi</i>	Ciprofloxacino 500 mg dos veces al día por diez días, ceftriaxona 1-2 gr al día por diez días. Subsalicilato de bismuto en suspensión, se sugiere en diarreas agudas leves a moderadas no complicadas: 10 ml vía oral cada cuatro horas y 10 ml adicionales posterior a cada evacuación que se presente Loperamida, una tableta de 2 mg cada ocho horas.

6. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Chihuahua 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.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Guy De Bruin, Chris, *Diarrhea in Adults (Acute) Clinical Evidence Concise* A Publication of BMJ Publishing Group Volume 78, Number 4, August 15, 2008.
2. USA, GOV. 2005 CDC (Center for disease control and prevention) Information for Healthcare Providers, "Guidelines for the Management of Acute Diarrhea", 14 de Septiembre. <http://www.bt.cdc.gov/disaster/disease/diarrheguidelines.asp>
3. Sathaporn Manatsathit, L Dupont Herbert, Farthing Michael *Guideline for the management of acute diarrhea in adults*, Journal of Gastroenterology and Hepatology (2002) 17 (Suppl.) S54-S71.
4. USA, GOV. 2005 CDC (Center for disease control and prevention) *Emergency Preparedness and Response. "Sanitation and Hygiene After a Flood"*, July 2008 www.bt.cdc.gov/disasters/floods/sanitation.asp
5. Herbert L. DuPont *Diarrheal Diseases (Acute)* Cambridge Histories Online © Cambridge University Press, 2008 pp 205-212 (University of Texas at El Paso). University Cambridge) <http://libraryweb.utep.edu/>
6. David J. Diemert, *Prevention and Self-Treatment of Traveler's Diarrhea*, Clinical microbiology reviews, July 2006, p. 583-594 Vol. 19, No. 3 2006, American Society for Microbiology.
7. Guía de práctica clínica, "Tratamiento de diarrea aguda de niños y adultos" (tratamiento en primer y segundo nivel de atención) Departamento de Farmaco-epidemiología, Seguro Social de Costa Rica, Agosto 2005 AGREE A-B.
8. Viera da Silva César, Maria Lucia. *Diarrhea Aguda: Aspectos epidemiológicos y vigilancia en el municipio de Avare, en el interior del Estado de Saó Paulo Brasil*, Universidad de Saó Paulo Brasil, 2005, pp. 1-82
9. Musher, Daniel M and Benjamin M.D. *Contagious Acute Gastrointestinal Infections*, New England Journal of Medicine (2004); 351: pp 2417-27
10. Instituto Nacional de Salud Pública, *Efectividad clínica en la enfermedad diarreica aguda [EDA] en adolescentes y adultos* Boletín Práctica Médica Efectiva, Abril 2006, pp 2-6.
11. Socas, Alonso M.M., Alemán, R., López Lorola A., *Diarrhea del Viajero (Diarrhea in the Traveller)* An. Sist. Saint. Bavar. 2006 (supl.I) pp 127-138
12. Nathan M. Thielman, M.D., M.P.H., Guerrant, M.D. Richard L. *Acute Infectious Diarrhea* N Engl J Med 2004; 350:1576-1577, Apr 8, 2004.
13. Chen Esther H. M.D., Shofer Frances S. PhD, Dean Anthony J. M.D., Hollander Judd E. M.D. *Derivation of a clinical prediction rule for evaluating patients with abdominal pain and diarrhea*, American Journal of Emergency Medicine 30 July 2007 (2008) 26, pp 450-453.
14. González Flores Tania Mtra., Rojas Herrera Rafael Antonio M.D. *Enfermedades transmitidas por alimentos y PCR: prevención y diagnóstico*. Salud Pública de México/Vol. 47, No.5, Septiembre-Octubre 2005.
15. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) *Antibiotic prophylaxis in surgery*. A National Clinical Guideline, Quality Improvement. Scotland, July 2008, SIGN.
16. R. Spiller, Q Aziz, F Creed, A Emmanuel, L Houghton, P Hungin, R Jones, D Kumar, G Rubin, N Trudgill, P Whorwell *Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management*, GUTJNL Gut 2007;56: pp 1770-1798.

17. Yogesh M. Shastri, MD, Dominik Bergis, MD, Nada Povse, Volker Schäfer, MD, Sarika Shastri, PhD, f Martin Weindel, MD, g Hans Ackermann, PhD, Jürgen Stein, MD, PhD. *A Prospective Multicenter Study Evaluating Fecal Calprotectin in Adult Acute Bacterial Diarrhea*, The American Journal of Medicine, Vol 121, No 12, December 2008
18. Goodgame Richard MD, *A Bayesian Approach to Acute Infectious Diarrhea in Adults*, Gastroenterology Clinics Of North America 35 (2006)pp 249–273
19. Brown Kenneth H. *Diarrhea And Malnutrition* The Journal Of Nutrition J. Nutr. 133: 328S–332S, 2003.
20. Fisterra. *Salud información de la salud para pacientes*, Casitérides S.L España, última revisión 26/11/2006. http://www.fisterra.com/Salud/2dietas/gastroenteritis_aguda.asp
21. Prof. M. Farthing (Presidente; Reino Unido) Prof. G. Lindberg (Suecia) Prof. P. Dite (República Checa) Prof. I. Khalif (Rusia) Prof. E. Salazar-Lindo (Perú) Prof. B.S. Ramakrishna (India) Prof. K. Goh (Malasia) Prof. A. Thomson (Canadá) Prof. A.G. Khan (Pakistán) *Guía Práctica de la Organización Mundial de Gastroenterología: Diarrea Aguda*, WGO Practice Guidelines, Marzo de 2008.
22. World Health Organization, 2005 *The treatment of diarrhea: A manual for physicians and other senior health workers..*
23. World Gastroenterology Organization, January 2005. *Diarrhea Treatment Guidelines Including new recommendations for the use of ORS and zinc supplementation for Clinic-Based Healthcare Workers*
24. Huebner Elizabeth S., MD, Surawicz Christina M., MD, *Probiotics in the Prevention and Treatment of Gastrointestinal Infections* Gastroenterol Clin N Am 35 (2006) 355–365 Gastroenterology Clinics of North America.
25. David R. Tribble, Shahida Baqar, Lorrin W. Pang, Carl Mason, Huo-Shu H. Houg, Chittima Pitarangsi, Carlos Lebron, Adam Armstrong, Orntipa Sethabutr, 2 and John W. Sanders *Diagnostic Approach to Acute Diarrheal Illness in a Military Population on Training Exercises in Thailand, a Region of Campylobacter Hyperendemicity* Journal of Clinical Microbiology, Apr. 2008, p. 1418–1425.
26. Scott D. Lee, MD, Christina M. Surawicz, MD, University of Washington, Harborview Medical Center, Seattle, Washington *Focused Clinical Review The Management of Infectious Diarrhea* MedGenMed 3(4), 2001 [formerly published in Medscape Gastroenterology e-Journal 3(5), 2001].
27. M. M. Alonso Socas, R. Alemán, A. López Lirola, A. Castellano, E. Martín Ponce, J. L. Gómez Sirvent Sección de Infecciones. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife *Diarrhea del viajero. Diarrhea in the traveller.* (www.guiasgastro.com)
28. Farthing, M.J.G., Du Pont, H.L., Guandalini, S. et al (1992) *Treatment and prevention of travellers' diarrhea*. Gastroenterology International 5(3), 162-175. (PUBMED)
29. World Health Organization, *First steps for managing an outbreak of acutediarrhoea, this leaflet aims at guiding you through*, Information for Healthcare Providers, Guidelines for the Management of Acute Diarrhea, September 27, 2005.
30. EMIS Dr Hayley Willacy for writing this article *Acute Diarrhea Management and Antidiarrheal Agents* Last Updated: 20 Feb 2008 Review Date: 19 Feb 2010 (CDC)
31. An Advisory Committee Statement (ACS) Committee to Advise on Tropical Medicine and Travel (CATMAT) *Statement On Persistent Diarrhea In The Returned Traveller* Canada Communicable Disease Report Volume 32 • ACS-1 15 February 2006.

8. 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. Héctor Javier González Jácome.	Subdirector de guías de práctica clínica
M. en A. María de Lourdes Dávalos Rodríguez	Coordinación Sectorial de Guías de Práctica Clínica
Dra Jovita Lorraine Cárdenas Hernández	Coordinadora de guías de gineco-obstetricia
Dr. Eric Romero Arredondo	Coordinador de guías de cirugía
Dr. Domingo Antonio Ocampo	Coordinador de guías de pediatría
Dr. Luis Agüero y Reyes	Coordinador de guías de medicina interna
Lic. José Manuel 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

9. DIRECTORIOS

Secretaría de Salud.

Dr. José Ángel Córdova Villalobos.

Secretario de Salud.

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

Dr. Julio Sotelo.

Comisionado.

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS.

Mtro. Juan Francisco Molinar Horcasitas.

Director General.

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

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares.

Director General.

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

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín.

Titular del organismo SNDIF.

Petróleos Mexicanos / PEMEX.

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza.

Director General.

Secretaría de la Marina.

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza.

Secretario de Marina.

Secretaría de la Defensa Nacional.

General Guillermo Galván Galván.

Secretario de la Defensa Nacional.

Consejo de Salubridad General.

Dr. Enrique Ruelas Barajas.

Secretario del Consejo de Salubridad General.

Directorio institucional.

Servicios Estatales de Salud del Estado de Chihuahua.

Dr. Octavio Rodrigo Martínez Pérez

Secretario de Salud,
Estado de Chihuahua

Dra. Diana Ivonne León Albo.

Subdirectora de Enseñanza de
Servicios de Salud del Estado de
Chihuahua.

10. COMITÉ NACIONAL DE 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 Secretaria 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. Ruíz 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

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

Asesor Permanente

Secretario Técnico