

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Resumen de evidencias y recomendaciones

Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad
diverticular del colon

GPC

Guía de Práctica Clínica

Número de Registro **SSA-219-09**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.
www.cenetec.salud.gob.mx
Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que 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: Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon. Secretaría de Salud; 2009.

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

ISBN en trámite

K 572 Enfermedad diverticular del intestino grueso con perforación y absceso

K 573 Enfermedad diverticular del intestino grueso sin perforación y absceso

Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon

Coordinador:			
Dr. Luis Charúa Guindic	Coloproctólogo	Hospital General de México, SSA	Jefe de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología.
Autores:			
Dr. Luis Charúa Guindic	Coloproctólogo	Hospital General de México, SSA	Jefe de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología.
Dr. Juan Antonio Villanueva Herrero	Coloproctólogo	Hospital General de México, SSA	Adscrito a la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología.
Dr. Billy Jiménez Bobadilla	Coloproctólogo	Hospital General de México, SSA	Adscrita a la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología.
Dra. Teresita Navarrete Cruces	Coloproctólogo	Hospital General de México, SSA	Adscrita a la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología.
Asesor:			
Dr. Eric Romero Arredondo	Cirujano General	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Coordinador Sectorial de Guía de Práctica Clínica
Validación Interna:			
Dr. Octavio Avendaño Espinosa	Coloproctólogo	Hospital General de México, SSA	Consultor Técnico
Validación externa:			

ÍNDICE

1. Clasificación	5
2. Preguntas a responder por esta guía	6
3. Aspectos generales	7
3.1 Justificación	7
3.2 Objetivo de esta guía.....	8
3.3 Definición.....	9
4. Evidencias y recomendaciones	9
4.1. Diagnóstico y tratamiento de la diverticulosis y enfermedad diverticular	10
4.2. Historia clínica y exploración física de la diverticulitis	11
4.3 Métodos de imagen	12
4.4 Tratamiento médico de la diverticulitis.....	13
4.5 Tratamiento quirúrgico de urgencia	15
4.6 Tratamiento quirúrgico electivo	17
4.7 Tratamiento en circunstancias especiales	20
4.8 Criterios de referencia	20
5. Bibliografía	21
6. Agradecimientos.....	22
7. Comité académico	22
8. Directorio	23
9. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	25

1. CLASIFICACIÓN

Registro			
PROFESIONALES DE LA SALUD	Cirujano general Cirujano coloproctólogo	Gastroenterólogo Médico especialista en endoscopia	
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	K572 Enfermedad diverticular del intestino grueso con perforación y absceso. K573 Enfermedad diverticular del intestino grueso sin perforación y absceso de acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima revisión, CIE 10		
CATEGORÍA DE GPC	Segundo y tercer nivel de atención	Diagnóstico y referencia Tratamiento farmacológico y quirúrgico Prevención de complicaciones	
USUARIOS POTENCIALES	Personal de enfermería Personal de salud en servicio social Personal médico en formación	Médicos generales Médicos familiares Cirujanos generales	Cirujanos coloproctólogos Médicos especialistas en endoscopia Médicos especialistas en gastroenterología
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Gobierno Federal Secretaría de Salud Hospital General de México, SSA		
POBLACIÓN BLANCO	Adultos mayores de 18 años.		
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/ PATROCINADOR	Gobierno Federal Hospital General de México, SSA Secretaría de Salud		
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Consejería. Ultrasonido diagnóstico (CIE2:8875) Criterios de Referencia al segundo nivel de atención Toma de muestra para examen de orina y cultivo (CIE9: 9131-9139) CIE9: 8901, 8902,		
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Contribuir con incremento en la tasa de diagnóstico temprano. Referencia oportuna.	Reducción en la tasa de complicaciones: desarrollo de cicatrices renales. Reducción del riesgo de secuelas como hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica.	
METODOLOGÍA ¹	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia 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: 204 originales Guías seleccionadas: seis del periodo 2004-2009 ó actualizaciones realizadas en este periodo 2004-2009 Revisiones sistemáticas: cuatro Ensayos controlados aleatorizados: cero Reporte de casos: cero Validación del protocolo de búsqueda por el Hospital General de México SSA Adopción de Guías de Práctica Clínica Internacionales: seis Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *		
MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda: General de México, Lic. Enrique Sánchez Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Dr. Octavio Avendaño Espinosa Validación Externa : Academia Mexicana de Cirugía		
CONFLICTO DE INTERÉS	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés		
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	REGISTRO _____ FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>a partir del registro 2 a 3 años</i>		

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: www.cenetec.salud.gob.mx

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuál es el cuadro clínico de la enfermedad diverticular?
2. ¿Cuáles son los métodos diagnósticos para la enfermedad diverticular?
3. ¿Qué es el síndrome de colitis asociado a divertículos?
4. ¿Cuál son los datos clínicos de la diverticulitis?
5. ¿Cuáles son los métodos diagnósticos de la diverticulitis?
6. ¿Cómo se debe documentar un episodio de diverticulitis?
7. ¿Cuál es la clasificación de la diverticulitis?
8. ¿Cuál es el tratamiento de la diverticulitis no complicada?
9. ¿Cuándo se decide el tratamiento quirúrgico de urgencia de la enfermedad no complicada (Hinchey I)?
10. ¿Cuál es el tratamiento de la diverticulitis complicada?
11. ¿En qué casos se debe aplicar un tratamiento médico a pesar de indicación quirúrgica? y ¿Cuál debe de ser?
12. ¿Cuáles son los tipos de procedimiento quirúrgico?
13. ¿Cuáles son las complicaciones y secuelas de la diverticulitis?
14. ¿Cuál es el número de episodios necesarios para realizar una cirugía electiva?
15. ¿Cuánto tiempo después del último episodio se deberá realizar el procedimiento quirúrgico?
16. ¿Cuál es el tratamiento de la enfermedad diverticular y de la diverticulitis en el paciente inmunocomprometido?
17. ¿Cuál es el tratamiento de la diverticulitis en el paciente joven (menor de 50 años)?
18. ¿Cuáles son las ventajas del tratamiento laparoscópico de la diverticulitis?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

La diverticulosis del colon es una enfermedad del siglo XX. Antes de la primera guerra mundial era casi desconocida, como lo demuestran las series de autopsias practicadas en esas fechas, reportando una tasa inferior al 5%. Este aumento de la prevalencia, especialmente en países occidentales, puede afectar a un tercio de la población mayor de 45 años y a dos tercios de los mayores de 85 años; entre ellos del 10 al 25% van a desarrollar una diverticulitis. El 95% de los divertículos del colon afectan a sigmoides, un 35% de ellos pueden presentar esta alteración en algún otro segmento del colon y son extremadamente raros por debajo de la reflexión peritoneal.

Aunque puede parecer obvio, conviene recordar algunas definiciones relacionadas con la enfermedad. Hablamos de diverticulitis cuando hay presencia de inflamación e infección. La diverticulosis es la sola presencia de los divertículos en el colon, mientras que la enfermedad diverticular nos muestra un amplio espectro de signos y síntomas asociados con la diverticulosis, extendiéndose desde el discreto malestar en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen, hasta las complicaciones de la diverticulitis. La diverticulitis complicada se define como la acompañada de un absceso, fístula, obstrucción o perforación libre intrabdominal.

Aunque algunos estudios previos no encontraban elevación de la presión intraluminal más que con un estímulo fisiológico (comida), o farmacológico (neostigmina o morfina), o únicamente en aquellos que se quejaban de dolor secundario a un colon irritable; estudios manométricos posteriores han demostrado una presión más elevada en los pacientes afectados de diverticulosis tanto en estado basal como en periodo postprandial, cuando comparados con una población promedio o con los afectados de colon irritable. Esta hiperpresión localizada sería la consecuencia de una contracción muscular excesiva, aislando segmentos de sigmoides "tabicados". En el interior de estos segmentos se desarrollan fuerzas de pulsión muy elevadas favoreciendo una hernia de mucosa en los puntos débiles de la pared (zonas de penetración vascular), especialmente si se asocia con alteraciones del patrón vascular intramural, predisponiendo a la pared colónica a traumatismos vasculares con la consiguiente isquemia.

En el examen de las piezas operatorias del colon con enfermedad diverticular se encuentra un engrosamiento de las capas musculares de la pared intestinal. El análisis microscópico ultraestructural de las células musculares ha demostrado que la anomalía no reside en ellas. La única diferencia con la población promedio reside en el aumento considerable de la tasa de elastina de las bandeletas longitudinales. Este engrosamiento de las *taeniae coli* podría inducir una contracción exagerada de la musculatura circular, aumentando la distensibilidad de la pared cólica. Este defecto inicial se acentuaría con la edad, explicando el aumento de incidencia de la enfermedad en las poblaciones de mayor edad.

Las comunicaciones epidemiológicas han establecido el aumento de la prevalencia de la enfermedad diverticular en las poblaciones occidentales, esto constituye la base de la teoría de la fibra desarrollada por Painter y Burkitt, relacionando su bajo consumo con una disminución del bolo fecal. El peso de las heces del norteamericano promedio es menor de 100 g/día, y el del campesino

africano superior a 400 g/día, y está en relación inversamente proporcional con el tiempo de tránsito, 77 y 35 horas respectivamente.

Pero, ¿Porqué y cómo se complican los divertículos? La complicación más frecuente es la inflamatoria en forma de diverticulitis, pudiendo manifestarse clínicamente como obstrucción, perforación, o fistulización a una víscera vecina, como desarrollo evolutivo "*per se*" del fenómeno inflamatorio parietal intestinal. También por continuidad a la pared vascular, en forma de hemorragia.

El factor inicial responsable de un episodio inflamatorio de diverticulitis parece ser el secuestro de un coprolito intradiverticular, lo que conlleva a edema y a una erosión parietal, con aumento paralelo de la presión intradiverticular, disminución del flujo sanguíneo parietal y aumento de la población bacteriana. La debilidad del saco diverticular, hace que aparezcan microperforaciones, con la contaminación de los tejidos circundantes, que en su evolución, pueden dar lugar a las demás complicaciones antedichas.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica "**Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon**", forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del programa de acción específico de guías de práctica clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

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

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

- Diagnóstico oportuno de la enfermedad diverticular del colon.
- Referencia y tratamiento oportuno.
- Limitación de complicaciones.

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

3.3 DEFINICIÓN

La Diverticulitis del colon (CIE 10 K57) es un trastorno del sistema digestivo. Clasificada con perforación y absceso (CIE10 K572) y sin perforación y absceso (CIE 10 K573).

Es conveniente para fines de esta revisión emplear una terminología adecuada para evitar confusiones: diverticulosis cuando el paciente es portador de divertículos y está asintomático, enfermedad diverticular cuando existen síntomas y diverticulitis cuando hay inflamación que involucra la pared del colon.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

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

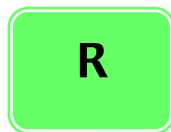
La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponden a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

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

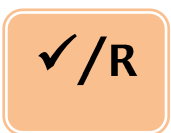
Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIVERTICULOSIS Y ENFERMEDAD DIVERTICULAR

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Entre un 10 y 25% de los pacientes con diverticulosis presentarán diverticulitis a la edad promedio de 62 años.	IV Evidencia obtenida de estudios bien diseñados, no experimentales, como son los comparativos y descriptivos correlacionados y estudios de casos. <i>Heise CP 2008</i>
R En pacientes con diverticulosis se recomienda el consumo de 20 a 35 gr de fibra al día, proveniente de vegetales y frutas así como disminuir el consumo de carnes rojas y grasas. Se recomienda también evitar y tratar la obesidad.	B Evidencia de estudios tipo II, III, y IV y generalmente con hallazgos consistentes. <i>Charúa-Guindic L 2008</i>
E Los pacientes con enfermedad diverticular presentan síntomas crónicos caracterizados por dolor en el cuadrante inferior izquierdo sin antecedentes documentados de fiebre o leucocitosis. Tienen evidencia radiológica o endoscópica de divertículos, pero no hay datos de estenosis, absceso, perforación u obstrucción.	IV Evidencia obtenida de estudios bien diseñados, no experimentales, como son los comparativos y descriptivos correlacionados y estudios de casos. <i>Horgan AF 2001</i>
E La colitis asociada a divertículos es una entidad que además de presentar síntomas de enfermedad diverticular se acompaña la mayoría de las veces de sangrado transrectal y diarrea.	IV Evidencia obtenida de estudios bien diseñados, no experimentales, como son los comparativos y descriptivos correlacionados y estudios de casos. <i>Harpaz N 2006</i>
R Si existe sospecha de colitis asociada a divertículos, neoplasias o enfermedad inflamatoria intestinal se deberá realizar una colonoscopia.	B Evidencia de estudios tipo II, III, y IV y generalmente con hallazgos consistentes. <i>Sheth AA 2008</i>

R

En pacientes con enfermedad diverticular no existe evidencia suficiente para recomendar el consumo de fibra, pero es una práctica aceptada.

D

Evidencia baja o no sistemática o empírica.
Charúa-Guindic L 2008

R

Se recomienda el empleo de antibióticos con acción intraluminal para disminuir el dolor, específicamente la rifaximina con una dosis de 400 mg cada 12 horas por 7 días una vez al mes. La mesalazina se utiliza en caso de no haber mejoría con el uso de antibiótico. La dosis empleada de la mesalazina es de 800mg cada 12 horas por 10 días.

A

Evidencia tipo I o hallazgos consistentes de estudios múltiples tipo II, III, o IV.
Charúa-Guindic L 2008

R

La utilización de probióticos para la enfermedad diverticular en conjunto con la mesalazina tiene buenos resultados.

B

Evidencia de estudios tipo II, III, y IV y generalmente con hallazgos consistentes.
Charúa-Guindic L 2008

4.2. HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN FÍSICA DE LA DIVERTICULITIS

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

El diagnóstico de diverticulitis se puede establecer fácilmente con la historia clínica y con la exploración física cuando existe ya el antecedente confirmado de un cuadro previo. Los diagnósticos diferenciales son: síndrome de intestino irritable, gastroenteritis, obstrucción intestinal, apendicitis, colitis isquémica, cáncer de colon, infección de vías urinarias, litiasis renal y enfermedades ginecológicas.

IV

Evidencia obtenida de Estudios bien diseñados, no experimentales, como son los comparativos y descriptivos correlacionados y estudios de casos.
Rafferty J 2006

E

Un episodio de diverticulitis debe estar documentado necesariamente con ciertos hallazgos por Tomografía Computada (TC): Imágenes compatibles en cortes axiales con divertículos, inflamación de la grasa pericólica, engrosamiento de la pared del colon y/o absceso pericolónico o a distancia.

I

Evidencia obtenida de meta análisis de múltiples estudios bien diseñados, controlados, aleatorizados con un bajo nivel de errores falsos positivos y negativos.
Hernández-Guerrero A 2008

R

Se debe de realizar una historia clínica y exploración física dirigida para establecer el diagnóstico. Son útiles una biometría hemática completa, examen general de orina y placas simples de abdomen.

D

Evidencia baja o no sistemática o empírica.
Rafferty J 2006

R

Es recomendable la utilización de la clasificación clínica de la Asociación Europea de Cirujanos Endoscopistas para normar el tratamiento:

D

- Grado I: Sintomática, enfermedad no complicada.
- Grado II: recurrente, enfermedad sintomática.
- Grado III: enfermedad complicada.

Evidencia baja o no sistemática o empírica.
Sheth AA 2008

✓/R

La anuscopia y la proctoscopia no se utilizan en estos pacientes.

PBP

4.3 MÉTODOS DE IMAGEN

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Para el diagnóstico de la diverticulitis aguda, se encontró mediante meta-análisis una sensibilidad del 92% y especificidad 90% para el US y del 94% y 99% para la TC. No se encontró diferencia significativa en la precisión diagnóstica para el diagnóstico de diverticulitis aguda entre ambos estudios. Sin embargo la TC tiene entre un 50 a 100% de sensibilidad para diagnosticar otros padecimientos versus 22 a 78% del US.

I

Evidencia obtenida de meta análisis de múltiples estudios bien diseñados, controlados, aleatorizados con un bajo nivel de errores falsos positivos y negativos.
Lameris W 2008

E

El enema contrastado, la cistografía y la endoscopia en ocasiones llegan a ser útiles para la valoración de los pacientes con diverticulitis aguda.

III

Evidencia obtenida de estudios casi experimentales bien diseñados, como son los no aleatorizados, controlados, de grupo único, con comparación preoperatoria y postoperatoria, de cohorte, tiempo o estudios de casos y controles pareados.
Rafferty J 2006

E

La estadificación de la gravedad mediante TC permite seleccionar a los pacientes candidatos a tratamiento no quirúrgico. Permite predecir también el riesgo de complicaciones posteriores al tratamiento conservador.

III

Evidencia obtenida de estudios casi experimentales bien diseñados, como son los no aleatorizados, controlados, de grupo único, con comparación preoperatoria y postoperatoria, de cohorte, tiempo o estudios de casos y controles pareados

Rafferty J 2006

R

La TC de abdomen y pelvis es el estudio más apropiado para el diagnóstico de la diverticulitis aguda. Su precisión aumenta con la utilización de medio de contraste oral, intravenoso y rectal.

A

Evidencia obtenida de estudios tipo I o hallazgos consistentes de estudios múltiples tipo II, III, y IV.

Lameris W 2008, Rafferty J 2006

R

Para clasificar los hallazgos por TC, la utilización de la escala modificada de Hinchey específicamente para tomografía por Doringier, Neff y Van Sonnenberg es una buena opción ya que permite establecer la extensión de la enfermedad y su impacto para la terapéutica que se utilizará.

- **Estadio 0** – Divertículos, infiltración pericolónica (flegmón).
- **Estadio 1** – Absceso pericolónica no mayor de 3 cm, limitado al mesenterio.
- **Estadio 2** – Absceso pélvico (perforación al mesenterio).
- **Estadio 3** – Absceso extrapélvico.
- **Estadio 4** – Penetración de divertículos grandes con derrame de la materia fecal a la cavidad abdominal.

B

Evidencia de estudios tipo II, III, y IV y generalmente con hallazgos consistentes.

Kaiser A 2005

4.4 TRATAMIENTO MÉDICO DE LA DIVERTICULITIS

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

El tratamiento conservador de la diverticulitis no complicada tiene un éxito de resolución del 70 al 100% en los pacientes que la presentan.

III

Evidencia de estudios casi experimentales bien diseñados, como son los no aleatorizados, controlados, de grupo único, con comparación preoperatoria y postoperatoria, de cohorte, tiempo o estudios de casos y controles pareados.

Rafferty J 2006

R

El tratamiento ambulatorio de la diverticulitis no complicada es factible siempre y cuando el paciente se encuentre sin vómito, fiebre, peritonitis marcada y pueda citarse para seguimiento; debe tolerar la dieta líquida y antibióticos vía oral.

B

Evidencia de estudios tipo II, III, y IV y generalmente con hallazgos consistentes.
Rafferty J 2006

R

Si el paciente no cumple con los criterios para el tratamiento ambulatorio o no hay mejoría, deberá hospitalizarse. Iniciar antibióticos intravenosos dirigidos contra gran negativos y anaerobios y modificar su dieta.

B

Evidencia de estudios tipo II, III, y IV y generalmente con hallazgos consistentes.
Rafferty J 2006

R

Los antibióticos utilizados son dirigidos para gran-negativos y anaerobios. Se puede combinar ciprofloxacino o ceftriaxona y metronidazol. La monoterapia con imipenem o meropenem es válida.

B

Evidencia de estudios tipo II, III, y IV y generalmente con hallazgos consistentes.
Charúa-Guindic L 2008

E

El tiempo necesario de tratamiento antibiótico no ha sido definido con evidencia.

I

Evidencia obtenida de meta-análisis de múltiples estudios bien diseñados, controlados, aleatorizados con un bajo nivel de errores falsos positivos y negativos.
Byrnes MC 2009

R

Parece razonable emplear los antibióticos por 5 a 7 días o determinar la suspensión de los mismos de acuerdo a la evolución clínica: ausencia de fiebre, leucocitos normales y ausencia de dolor abdominal.

A

Evidencia tipo I o hallazgos consistentes de estudios múltiples tipo II, III, o IV.
Byrnes MC 2009

R

La mejor evidencia en relación a la combinación de antibióticos para continuar el tratamiento ambulatorio está a favor de la ciprofloxacino mas metronidazol

A

Evidencia tipo I o hallazgos consistentes de estudios múltiples tipo II, III, o IV.
Byrnes MC 2009

E

El consumo de fibra por largo tiempo después de la recuperación de un primer cuadro de diverticulitis previno la recurrencia en 70% de los pacientes al seguirlos por un lapso de 5 años.

III

Evidencia de estudios casi experimentales bien diseñados, como son los no aleatorizados, controlados, de grupo único, con comparación preoperatoria y postoperatoria, de cohorte, tiempo o estudios de casos y controles pareados.
Rafferty J 2006

E

La prevalencia de un absceso pericolónico o intramurales en pacientes con diverticulitis aguda es de 15 %. Deben ser tratados dentro de un hospital con antibióticos intravenosos.

III

Evidencia de estudios casi experimentales bien diseñados, como son los no aleatorizados, controlados, de grupo único, con comparación preoperatoria y postoperatoria, de cohorte, tiempo o estudios de casos y controles pareados. *Rafferty J 2006*

E

Los abscesos menores de 2 cm habitualmente no requieren tratamiento intervencionista.

III

Evidencia de estudios casi experimentales bien diseñados, como son los no aleatorizados, controlados, de grupo único, con comparación preoperatoria y postoperatoria, de cohorte, tiempo o estudios de casos y controles pareados. *Rafferty J 2006*

E

Se ha identificado que pacientes con un absceso mayor de 6.5cm y fiebre de 38.3°C requieren la mayoría de las veces drenaje percutáneo.

IV

Evidencia de estudios bien diseñados, no experimentales, como son los comparativos y descriptivos correlacionados y estudios de casos. *Kumar R 2005*

R

El drenaje percutáneo guiado por radiología es un procedimiento recomendado para pacientes con un absceso diverticular grande.

B

Evidencia de estudios tipo II, III, y IV y generalmente con hallazgos consistentes. *Rafferty J 2006*

E

Se han reportado casos de tratamiento no quirúrgico en pacientes con evidencia de perforación sin irritación peritoneal o con peritonitis difusa purulenta y fecal con alguna comorbilidad asociada

V

Reporte de casos y ejemplos clínicos. *Charúa-Guindic L 2008*

R

El manejo conservador, con antibióticos y drenaje, en pacientes con indicación quirúrgica no se recomienda y en caso de realizarlo debe ser individualizado cuidadosamente.

D

Evidencia baja o no sistemática o empírica. *Charúa-Guindic L 2008*

4.5 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE URGENCIA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Habitualmente se realiza un procedimiento de Hartmann en diverticulitis complicada, sin embargo se debe considerar la dificultad técnica que puede encontrarse en una segunda cirugía, condenando al paciente a una colostomía definitiva.

III
Evidencia de estudios casi experimentales bien diseñados, como son los no aleatorizados, controlados, de grupo único, con comparación preoperatoria y postoperatoria, de cohorte, tiempo o estudios de casos y controles pareados.
Rafferty J 2006

E

Es factible realizar una anastomosis primaria posterior a una sigmoidectomía de urgencia. Se deberá tener en cuenta el estado general del paciente y la gravedad de la contaminación intrabdominal.

III
Evidencia de estudios casi experimentales bien diseñados, como son los no aleatorizados, controlados, de grupo único, con comparación preoperatoria y postoperatoria, de cohorte, tiempo o estudios de casos y controles pareados.
Rafferty J 2006

E

Son comparables en cuanto a resultados, la resección con anastomosis primaria y el procedimiento de Hartmann en pacientes con diverticulitis perforada y peritonitis.

I
Evidencia obtenida de meta análisis de múltiples estudios bien diseñados, controlados, aleatorizados con un bajo nivel de errores falsos positivos y negativos.
Abbas S 2007

E

No se tiene evidencia concluyente sobre el procedimiento quirúrgico de elección en casos de diverticulitis complicada con peritonitis.

I
Evidencia obtenida de meta análisis de múltiples estudios bien diseñados, controlados, aleatorizados con un bajo nivel de errores falsos positivos y negativos.
Abbas S 2007

R

En casos de diverticulitis complicada con peritonitis purulenta y fecal se recomienda la resección y anastomosis primaria con estoma derivativo.

A
Evidencia obtenida de estudios tipo I o hallazgos consistentes de estudios múltiples tipo II, III, y IV.
Abbas S 2007, Constantinides 2007

R

Es recomendable realizar una ileostomía en asa en lugar de una colostomía en asa de colon transverso para derivar la anastomosis colorrectal.

A
Evidencia obtenida de estudios tipo I o hallazgos consistentes de estudios múltiples tipo II, III, y IV.
Guenaga KG 2007

R

Se recomienda efectuar una sigmoidectomía de urgencia en pacientes con peritonitis difusa o cuando no hay mejoría de la sepsis en pacientes con tratamiento conservador hospitalizados.

B
Evidencia de estudios tipo II, III, y IV y generalmente con hallazgos consistentes.
Rafferty J 2006

R

En pacientes sin mejoría después de 48 horas de iniciado el tratamiento médico o realizado el drenaje percutáneo deberá considerarse la resolución quirúrgica.

B

Evidencia de estudios tipo II, III, y IV y generalmente con hallazgos consistentes.
Charúa-Guindic L 2008, Evans J 2008

R

La cirugía laparoscópica en pacientes con diverticulitis aguda complicada con peritonitis puede ser realizada por cirujanos expertos en la técnica. No se cuenta con evidencia con gradación suficientemente alta para generalizar la recomendación, pero se han llevado a cabo de manera segura resecciones y anastomosis o procedimiento de Hartmann, con una baja tasa de complicaciones y conversiones con los beneficios de la cirugía laparoscópica.

C

Evidencia de estudios tipo II, III, y IV con de hallazgos inconsistentes.
Agaba EA 2009, Titu LV 2009, Bretagnol F 2008, Chouillard E 2007

E

En una revisión sistemática donde se analizaron 8 artículos, con la mayoría de los pacientes con peritonitis purulenta difusa, empleando el lavado de cavidad laparoscópico con colocación de drenajes y sin resección del sigmoides, hubo una morbilidad del 10% con mortalidad del 1.4%. Los artículos analizados presentan varios sesgos y errores de diseño, lo cual no permite fijar una postura al respecto con absoluta certeza.

I

Evidencia obtenida de meta- análisis de múltiples estudios bien diseñados, controlados, aleatorizados con un bajo nivel de errores falsos positivos y negativos.
Alamili M 2009

R

La recomendación de lavado laparoscópico sin resección es una alternativa promisorio, pero faltan estudios mejor diseñados para poder indicar y generalizar su utilización.

A

Evidencia obtenida de estudios tipo I o hallazgos consistentes de estudios múltiples tipo II, III, y IV.
Alamili M 2009

R

La utilización de un sistema para la calificación de la peritonitis en pacientes con diverticulitis, puede ayudar a decidir el tratamiento quirúrgico más apropiado y permite hacer comparaciones entre hospitales y cirujanos. El índice de Mannheim permite este objetivo.

A

Evidencia de estudios bien diseñados, no experimentales, como son los comparativos y descriptivos correlacionados y estudios de casos.
Biondo S 2006

4.6 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ELECTIVO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Por meta-análisis de 14 estudios para valorar los efectos de la preparación mecánica intestinal (PMC), con inclusión de 4,859 pacientes, no se encontró diferencia significativa en fuga de la anastomosis, formación de abscesos pélvicos o abdominales y sepsis de la herida cuando se compara utilizar y no utilizar la PMC. Cuando se analizaron todos los sitios de infección quirúrgica, la evidencia fue a favor de no utilizar la PMC.

I

Evidencia obtenida de meta análisis de múltiples estudios bien diseñados, controlados, aleatorizados con un bajo nivel de errores falsos positivos y negativos.
Slim K 2009

R

Está demostrado con alto nivel de evidencia que la PMC debería evitarse antes de una cirugía de colon.

A

Evidencia obtenida de estudios tipo I o hallazgos consistentes de estudios múltiples tipo II, III, y IV.
Slim K 2009

E

Posterior a un cuadro de diverticulitis aguda un tercio de los pacientes desarrollan un segundo, y después de un segundo episodio un tercio presentará un nuevo cuadro.

III

Evidencia de estudios casi experimentales bien diseñados, como son los no aleatorizados, controlados, de grupo único, con comparación preoperatoria y postoperatoria, de cohorte, tiempo o estudios de casos y controles pareados.
Rafferty J 2006

E

El número de episodios previos de diverticulitis aguda no es determinante para realizar la sigmoidectomía. La gravedad por TC del primer episodio es un factor de predicción para inferir una evolución poco favorable.

III

Evidencia de estudios casi experimentales bien diseñados, como son los no aleatorizados, controlados, de grupo único, con comparación preoperatoria y postoperatoria, de cohorte, tiempo o estudios de casos y controles pareados.
Rafferty J 2006

✓/R

Cuando no es posible descartar la presencia de un carcinoma, se deberá realizar sigmoidectomía.

PBP

R

La indicación de sigmoidectomía posterior a un cuadro de diverticulitis aguda deberá realizarse de manera individualizada.

B

Evidencia de estudios tipo II, III, y IV y generalmente con hallazgos consistentes.
Rafferty J 2006

R

Pacientes con presencia de fistula o estenosis requieren de cirugía electiva.

A

Evidencia obtenida de estudios tipo I o hallazgos consistentes de estudios múltiples tipo II, III, y IV.
Farthmann EH 2000

E

Se realizó una revisión sistemática de estudios para comparar la utilidad de la colocación de drenajes en cirugía con anastomosis colorrectal. No se encontró diferencia significativa en mortalidad, dehiscencia de la anastomosis clínica y radiológica, infección de la herida, reintervenciones y complicaciones extraabdominales.

I

Evidencia obtenida de meta análisis de múltiples estudios bien diseñados, controlados, aleatorizados con un bajo nivel de errores falsos positivos y negativos.

Karliczek EC 2006

R

No existe evidencia que justifique la utilización de drenajes posteriores a una anastomosis colorrectal para prevenir complicaciones de la anastomosis u otras.

A

Evidencia obtenida de estudios tipo I o hallazgos consistentes de estudios múltiples tipo II, III, y IV.

Karliczek EC 2006

E

En pacientes que se drenó de manera percutánea un absceso diverticular, el 41% de los casos desarrollarán sepsis recurrente.

III

Evidencia de estudios casi experimentales bien diseñados, como son los no aleatorizados, controlados, de grupo único, con comparación preoperatoria y postoperatoria, de cohorte, tiempo o estudios de casos y controles pareados.

Rafferty J 2006

R

Se recomienda realizar sigmoidectomía en todos los pacientes con un episodio de diverticulitis complicada que se resolvió con tratamiento no quirúrgico. El borde distal de la pieza resecada debe ser el recto proximal y el borde proximal deber ser colon sin datos de inflamación o engrosamiento. No es necesario extirpar todos los segmentos del colon con divertículos.

B

Evidencia de estudios tipo II, III, y IV y generalmente con hallazgos consistentes.

Rafferty J 2006

R

El concepto de realizar una sigmoidectomía después de un segundo episodio de diverticulitis no complicada, se debe de abandonar.

A

Evidencia obtenida de estudios tipo I o hallazgos consistentes de estudios múltiples tipo II, III, y IV.

Collins D 2008

E

La sigmoidectomía laparoscópica electiva en diverticulitis no complicada es factible y con un bajo porcentaje complicaciones, menos dolor, aumento en la calidad de vida y un menor tiempo de hospitalización.

II

Evidencia de al menos un estudio experimental bien diseñado; estudios aleatorizados con alto poder de errores falsos positivos o negativos o ambos.

Klarenbeek BR 2009

R

Se recomienda realizar la sigmoidectomía laparoscópica después de 90 días del último episodio agudo para tener mejores resultados.

C

Evidencia de estudios tipo II, III, y IV con de hallazgos inconsistentes.
Chouillard E 2007

4.7 TRATAMIENTO EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Los pacientes inmunosuprimidos tienen un mayor riesgo de presentar perforación o falla al tratamiento médico.

III

Evidencia de estudios casi experimentales bien diseñados, como son los no aleatorizados, controlados, de grupo único, con comparación preoperatoria y postoperatoria, de cohorte, tiempo o estudios de casos y controles pareados.
Rafferty J 2006

R

Es importante identificar alteraciones sutiles en los pacientes inmunosuprimidos para realizar una cirugía de urgencia o electiva.

B

Evidencia de estudios tipo II, III, y IV y generalmente con hallazgos consistentes.
Rafferty J 2006

E

En los pacientes jóvenes (menores de 50 años), no hay recomendaciones basadas en evidencia, para el tiempo posterior a un primer episodio de diverticulitis no complicada, para realizar una cirugía definitiva.

I

Evidencia obtenida de meta análisis de múltiples estudios bien diseñados, controlados, aleatorizados con un bajo nivel de errores falsos positivos y negativos.
Slim K 2008

R

El tratamiento quirúrgico en pacientes menores de 50 años deberá ser individualizado.

A

Evidencia obtenida de estudios tipo I o hallazgos consistentes de estudios múltiples tipo II, III, y IV.
Slim K 2008

4.8 CRITERIOS DE REFERENCIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
✓/R Dependiendo de la experiencia del coloproctólogo o cirujano general referir a los pacientes con: • Pacientes con recurrencia de la diverticulitis. • Falta de recursos o experiencia para tratar diverticulitis complicada.	PBP

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Abbas S. Resection and primary anastomosis in acute complicated diverticulitis, a systematic review of the literature. *Int J Colorectal Dis* 2007; 22:351-7.
2. Agaba EA, Zaidi RM, Ramzy P, et al. Laparoscopic Hartmann's procedure: a viable option for treatment of acutely perforated diverticulitis. *Surg Endosc* 2009; 23:1483-86.
3. Alamilio M, Gogenus I, Rosenberg J. Acute complicated diverticulitis managed by laparoscopic lavage. *Dis Colon Rectum* 2009; 52:1345-9.
4. Biondo S, Ramos E, Fracalvieri D, et al. Comparative study of left colonic Peritonitis Severity Score and Mannheim Peritonitis Index. *Br J Surg* 2006; 93:616-22.
5. Bretagnol F, Pautrat K, Mor C, et al. Emergency laparoscopic management of perforated sigmoid diverticulitis: a promising alternative to more radical procedures. *J Am Coll Surg* 2008; 654-7.
6. Byrnes MC, Mazuski JE. Antimicrobial therapy for acute colonic diverticulitis. *Surg Infect* 2009; 10: 143-154.
7. Collins D, Winter DC. Elective resection for diverticular disease: an evidence based review. *World J Surg* 2008; 32:2429-33.
8. Constantinides VA, Heriot A, Remzi F. Operative Strategies for diverticular peritonitis. A decision analysis between primary resection and anastomosis versus Hartmann's procedures. *Ann Surg* 2007; 245:94-108.
9. Charúa-Guindic L, Mazza-Olmos D, Orduña-Tellez D, et al. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon. *Tratamiento. Rev Gastroenterol Mex* 2008; 73:261-4.
10. Chouillard E, Benhaim L, Ata T, et al. Colectomía laparoscópica programada en la diverticulitis no complicada: ¿Cuándo se debe intervenir quirúrgicamente? *Cir Esp* 2007; 81:207-12.
11. Chouillard E, Maggiore L, Ata T, et al. Laparoscopic two stage left colonic resection for patients with peritonitis caused by acute diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 2007;50:1157-63-
12. Evans J. Does a 48-Hour Rule Predict Outcomes in Patients with Acute Sigmoid Diverticulitis? *J Gastrointest Surg* 2008; 12:577-82.
13. Fartmann EH, Ruckauer KD, Haring RU. Evidence-based surgery: diverticulitis – a surgical disease. *Langenbeck's Arch Surg* 2000; 385:143-151.
14. Guenaga KF, Lustosa SAS, Saad SS, et al. Ileostomy or colostomy for temporary decompression of colorectal anastomosis. *Cochrane Database of Systematic Review* 2007, Issue 1. Art. No.:CD004647.DOI:10.1002/14651858.CD004647 pub2.
15. Harpaz N, Sachar DV. Segmental colitis associated with diverticular disease and other IBD look alike. *J Clin Gastroenterol* 2006; 40 Supp3:S132-5.
16. Heise CP. Epidemiology and pathogenesis of diverticular disease. *J Gastrointest Surg* 2008; 8:1309-11.
17. Hernández-Guerrero A, Abdo-Francis JM, Brito-Lugo P, et al. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular. Cuadros clínicos y diagnóstico. *Rev Gastroenterol Mex* 2008; 73:256-60.
18. Horgan AF, Mc Connell EJ Wolff BG, et al. Atypical diverticular disease. Surgical results. *Dis Colon Rectum* 2001; 44:1315-1318.
19. Kaiser AM, Jiang JK, Lake JP, et al. The management of complicated diverticulitis and the role of computed tomography. *Am J Gastroenterol* 2005; 100:910-7.

20. Karliczek EC, Jesus EC, Matos D, et al. Drainage or nondrainage in elective colorectal anastomosis: a systematic review and meta analysis. *Colorectal Dis* 2006; 8:259-265.
21. Klarenbeek BR, Veenhof AA, Bergamaschi R, et al. Laparoscopic sigmoid resection for diverticulitis decreases mayor morbidity rates: a randomized control trial. *Ann Surg* 2009;249: 39-44.
22. Kumar RR, Kim JT, Haukoos JS, et al. Abscesses with antibiotics and the need for percutaneous drainage. *Dis Colon Rectum* 2005; 49:183-9.
23. Lameris W, van Randen A, Bipat S, et al. Graded compression ultrasonography and computed tomography in acute colonic diverticulitis: Meta-analysis of test accuracy. *Eur Radiol* 2008;18:2498-2511.
24. Rafferty J, Shellito P, Hyman NH, et al. Practice Parameters for Sigmoid Diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 2006; 49:939-44.
25. Sheth AA, Longo W, Floch MH. Diverticular disease and diverticulitis. *Am J Gastroenterol* 2008; 103:1550-6.
26. Slim K, Raspado O, Brugere C, et al. Failure of a meta-analysis on the role of elective surgery for left colonic diverticulitis in young patients. *Int J Colorectal Dis* 2008; 23:665-7.
27. Slim K, Vicaut E, Launay-Savary MV, et al. Updated systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials of the role of mechanical bowel preparation before colorectal surgery. *Ann Surg* 2009; 249:203-9.
28. Titu LV, Zafar N, Phillips SM, et al. Emergency laparoscopic surgery for complicated diverticular disease. *Colorectal Dis* 2009; 11:401-4.

6. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y de la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al Centro o Grupo 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. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Esteban Hernández San Román	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
M. en A. María de Lourdes Dávalos Rodríguez	Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica
Dr. Héctor González Jácome	Subdirector de Guías de Práctica Clínica
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación Documental

Dr. Domingo Antonio Ocampo

Dra. Lorraine Cárdenas Hernández

Dr. Luis Agüero y Reyes

Dr. Eric Romero Arredondo

Lic. Ana María Otero Prieto

Lic. Margarita Isela Rivera Ramos

Asesores de Guías de Práctica Clínica

Comunicación y Logística

Diseño Gráfico

8. DIRECTORIO

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

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. Juan José Suárez Coppel
Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco

Titular de la Comisión

Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
Dr. Julio Everardo Sotelo Morales

Dirección General de La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
Dr. Manuel de la Lata Romero

Hospital General de México S.S.A.

Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso
Director General

Dr. Juan Miguel Abdo Francis
Director General Adjunto Médico

Dr. Fernando Bernal Sahagún
Subdirector de Especialidades Quirúrgicas

Dr. Francisco González
Director de Educación e Investigación

Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Dr. César Athié Gutiérrez
**Jefe de Servicio de Cirugía
General**

**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**

9. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Innovación y Calidad	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Avila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
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
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante 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 de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director General 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. Cecilia Amerena Serna 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. Franklin Libenson Violante Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC	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, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico