

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA  
PARA LA ATENCIÓN Y  
PREVENCIÓN DE  
PERITONITIS INFECCIOSA  
EN ADULTOS CON DIÁLISIS  
PERITONEAL AMBULATORIA

**EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES**

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-797-16

Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,  
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.  
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**, “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

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. El personal de salud que participó en su integración han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

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

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

En la integración de esta Guía de Práctica Clínica se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: **Intervenciones de enfermería para la atención y prevención de peritonitis infecciosa en adultos con diálisis peritoneal ambulatoria**. México. Secretaría de Salud; **17 de marzo de 2016**.

Esta guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

## CIE 10 K65X PERITONITIS

# GPC: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE PERITONITIS INFECCIOSA EN ADULTOS CON DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA

## COORDINACIÓN, AUTORÍA Y VALIDACIÓN 2016

### COORDINACIÓN:

Lic. Ana Belem López Morales	Lic. Enfermería Lic. Psicopedagogía	IMSS	Coordinadora de Programas de Enfermería Coordinación Técnica de Excelencia Clínica	
Dr. Gilberto Espinosa Anrubio	Médico Familiar	IMSS	Coordinador Clínico de Educación e Investigación Adscrito en el HGZ /UMF No. 8	Asociación de Médicos Residentes y Especialistas de Medicina Familiar A.C. (AMREMFAC)

### AUTORÍA:

Enf. Claudia Fuentes Cruz	Enfermera Especialista Nefróloga	IMSS	Enfermera General. Hospital General Regional No. 25 "Zaragoza"	
L.E.O. Leticia García Lobato	Enfermera Especialista en Medicina de Familia	IMSS	Enfermera Especialista en la Unidad de Medicina Familiar No. 16	
Enf. María Marisol Hernández Villegas	Enfermera General	IMSS	Enfermera General. Hospital General Regional No. 25 "Zaragoza"	
L.E.O. Joaquín Edmundo Ramírez González	Enfermero Especialista en Medicina de Familia	IMSS	Enfermero Especialista en la Unidad de Medicina Familiar No. 92	
Dra. Adriana Patricia Roa Tejeda	Médica Especialista en Medicina Familiar	IMSS	Médica Familiar HGOMF No. 60 "Dr. Jesús Varela Rico"	

### VALIDACIÓN

#### Guía de Práctica Clínica

Dr. Antonio Méndez Duran	Médico no Familiar Medicina Interna Nefrología	IMSS	Coordinador de Programas Médicos Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel	
Mtra. Marisela Moreno Mendoza	Maestría en Ciencias de la Educación	IMSS	Coordinadora de Programas de Enfermería. Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel	Red de docentes de América Latina y el Caribe/Colegio Nacional de Enfermeras A.C.

## ÍNDICE

<b>1.</b>	<b>Clasificación</b> .....	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>Preguntas a Responder</b> .....	<b>6</b>
<b>3.</b>	<b>Aspectos Generales</b> .....	<b>7</b>
3.1.	Justificación.....	7
3.2.	Objetivo.....	8
3.3.	Definición .....	9
<b>4.</b>	<b>Evidencias y Recomendaciones</b> .....	<b>10</b>
4.1.	Intervenciones mas efectivas para prevenir la peritonitis infecciosa en los adultos con tratamiento de diálisis ambulatoria.....	11
4.2.	Manifestaciones clínicas de la peritonitis infecciosa en adultos con diálisis peritoneal ambulatoria.....	16
4.3.	Intervenciones ante la presencia de peritonitis en adultos con diálisis peritoneal ambulatoria para evitar la pérdida de la cavidad útil.....	18
<b>5.</b>	<b>Anexos</b> .....	<b>21</b>
5.1.	Protocolo de Búsqueda .....	21
5.1.1.	<i>Estrategia de búsqueda</i> .....	21
5.1.1.1.	Primera Etapa.....	21
5.1.1.2.	Segunda Etapa.....	23
5.1.1.3.	Tercera Etapa .....	23
5.2.	Escalas de Gradación .....	24
5.4.	Diagramas de Flujo.....	26
5.5.	Listado de Recursos .....	27
5.5.1.	<i>Tabla de Medicamentos</i> .....	27
5.6.	Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica	31
<b>6.</b>	<b>Glosario</b> .....	<b>33</b>
<b>7.</b>	<b>Bibliografía</b> .....	<b>35</b>
<b>8.</b>	<b>Agradecimientos</b> .....	<b>37</b>
<b>9.</b>	<b>Comité Académico</b> .....	<b>38</b>
<b>10.</b>	<b>Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador</b> .....	<b>39</b>
<b>11.</b>	<b>Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica</b> .....	<b>40</b>

# 1. CLASIFICACIÓN

## CATÁLOGO MAESTRO: IMSS-797-16

<b>Profesionales de la salud</b>	Licenciadas y licenciados en enfermería, enfermera y enfermero especialista en medicina de familia, enfermera especialista en nefrología, enfermera general y médica familiar. <a href="http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/ANEXOS_METODOLOGIA_GPC.pdf">http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/ANEXOS_METODOLOGIA_GPC.pdf</a> >.
<b>Clasificación de la enfermedad</b>	CIE K65X peritonitis.
<b>Categoría de GPC</b>	Primer y segundo nivel de atención.
<b>Usuarios potenciales</b>	Personal de enfermería (auxiliares generales, especialistas y jefes de servicio), personal médico (medicos familiares y no familiares) y personal en formación.
<b>Tipo de organización desarrolladora</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social.
<b>Población blanco</b>	Mujeres y hombres mayores de 18 años con tratamiento sustitutivo de la función renal-diálisis peritoneal ambulatoria.
<b>Fuente de financiamiento / Patrocinador</b>	Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.
<b>Intervenciones y actividades consideradas</b>	Intervenciones preventivas, de tratamiento y educativas.
<b>Impacto esperado en salud</b>	Disminuir la morbilidad secundaria a procesos infecciosos en pacientes adultos con diálisis peritoneal ambulatoria, disminuir la frecuencia de hospitalización por complicaciones infecciosas en pacientes adultos con diálisis peritoneal y mejorar la calidad de vida del paciente adulto con diálisis peritoneal en el primer y segundo nivel de atención.
<b>Metodología<sup>1</sup></b>	Adopción y elaboración de la Guía de Práctica Clínica: de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados, o estudios observacionales publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionarán las fuentes con mayor puntaje obtenido en la evaluación de su metodología y las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.
<b>Método de integración</b>	<b>Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia</b> Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: <b>20</b> . Guías seleccionadas: <b>1</b> . Revisiones sistemáticas: <b>1</b> . Ensayos clínicos aleatorizados: <b>3</b> . Estudios observacionales: <b>13</b> . Otras fuentes seleccionadas: <b>2</b> .
<b>Método de validación</b>	<b>Validación por pares clínicos</b> Validación del protocolo de búsqueda: Instituto Mexicano del Seguro Social. Validación de la guía: Instituto Mexicano del Seguro Social.
<b>Conflicto de interés</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
<b>Registro</b>	IMSS-797-16
<b>Actualización</b>	Fecha de publicación: 17 de marzo de 2016. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

<sup>1</sup> Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía se puede contactar al CENETEC-Salud a través de su portal <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para prevenir peritonitis infecciosa en los adultos con tratamiento de diálisis peritoneal ambulatoria?
2. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas que debe identificar de manera oportuna el personal de enfermería para determinar peritonitis infecciosa en adultos con diálisis peritoneal ambulatoria?
3. ¿Cuáles son las intervenciones ante la presencia de peritonitis en los adultos con diálisis peritoneal ambulatoria para evitar la pérdida de la cavidad útil?

## 3. ASPECTOS GENERALES

### 3.1. Justificación

La enfermedad renal crónica es resultante de diversas enfermedades crónico-degenerativas, entre las que destacan la diabetes mellitus e hipertensión arterial, fenómeno que ocurre de manera similar en todo el mundo y que lamentablemente, conduce hacia un desenlace fatal si no es tratada adecuadamente porque evoluciona a insuficiencia renal crónica, al mismo tiempo representa alto impacto en la salud, en la dinámica familiar y limitaciones en la calidad de vida. Las cifras de morbilidad y mortalidad son alarmantes; en México, la enfermedad renal es una de las principales causas de atención en hospitalización y en los servicios de urgencias. Está considerada como una enfermedad catastrófica debido al número creciente de casos, por los altos costos de inversión, recursos de infraestructura y humanos (Méndez A, 2014). Se estima una incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) de 377 casos por millón de habitantes y cuenta con alrededor de 52.000 pacientes en terapias sustitutivas, de los cuales el 80% de los pacientes son atendidos en el instituciones de seguridad social.

La diálisis peritoneal es el tratamiento con mayor riesgo de infección y mortalidad (Curty N, 2014). Las infecciones peritoneales representan el cuadro más relevante en los pacientes con este tratamiento, debido a su elevada morbilidad y mortalidad; en ese sentido la peritonitis es la principal complicación de la diálisis peritoneal ambulatoria (Méndez A, 2014), que condiciona a mediano y largo plazo un fracaso de la membrana que impide la permanencia del paciente en esta modalidad terapéutica, lo que ocasiona el mayor porcentaje de tasas de retiro del catéter, hospitalización y transferencia a hemodiálisis (Álvarez Y, 2012), por lo que es importante conocer su perfil clínico y epidemiológico para establecer medidas de prevención y tratamiento.

Por tanto, el papel del personal de salud en la educación para la salud es definitivo, tanto en el cambio de hábitos como, en la promoción de determinantes para la salud, que modifiquen los estilos de vida para que sean mas saludables en la población, por medio de una cultura de autocuidado (Carillo AJ, 2013). Ello implica que se desarrollen iniciativas y expectativas novedosas que repercutan en la prevención y educación para la promoción del autocuidado.

## 3.2. Objetivo

La Guía de Práctica Clínica **intervenciones de enfermería para la prevención y atención de peritonitis infecciosa en adultos con diálisis peritoneal** forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

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 acerca de:

- Identificar las intervenciones más efectivas para prevenir la peritonitis infecciosa en los adultos con tratamiento de diálisis ambulatoria.
- Las manifestaciones clínicas que debe identificar de manera oportuna el personal de enfermería para determinar peritonitis infecciosa en adultos con diálisis peritoneal ambulatoria.
- Las intervenciones ante la presencia de peritonitis en los adultos con diálisis peritoneal ambulatoria para evitar la pérdida de la cavidad útil

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, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.



### 3.3. Definición

#### **Peritonitis infecciosa:**

Es la inflamación de la membrana peritoneal causada, en respuesta a un agente agresor en diálisis peritoneal, es la complicación más importante derivada de la propia técnica, puede producir ingreso hospitalario y tiene un elevado riesgo de mortalidad en pacientes con episodios frecuentes y peritonitis severas. También, es el principal motivo de fracaso del tratamiento y cambio a otras terapias sustitutivas renales, ya que la membrana peritoneal puede quedar alterada después de la infección (Barbero E, 2014).

La peritonitis en pacientes con diálisis peritoneal se define como la presencia de  $> 100$  leucocitos/ $\mu\text{L}$  en el líquido peritoneal residual, de los cuales  $> 50\%$  son polimorfonucleares, dolor abdominal, líquido residual peritoneal turbio y tinción de Gram positiva (Minsal, 2010).

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y/o Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la(s) escala(s): **NICE**.

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

**Evidencia**



**Recomendación**






**Punto de buena práctica**







En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del/la primer(a) autor(a) y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de "BRADEN" tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.	<b>la Shekelle</b> <i>Matheson S, 2007</i>

## 4.1. Intervenciones mas efectivas para prevenir la peritonitis infecciosa en los adultos con tratamiento de diálisis ambulatoria.

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>Una adecuada educación de la técnica de diálisis peritoneal de los pacientes con reforzamiento de la educación, a dos años, ha demostrado una disminución significativa de la tasa de peritonitis.</p>	<p><b>2++ NICE</b> <i>Minsal, 2010</i></p>
	<p>La capacitación de los pacientes y familiares es una actividad necesaria al ingresar a un programa, estará bajo la dirección de la enfermera encargada del programa, la recapitación se realizara en intervalos de 6 meses y cada vez que sea necesario.</p>	<p><b>3 NICE</b> <i>Tapia T, 2010</i></p>
	<p>Capacitar y recapacitar al paciente y cuidador en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agotamiento por la rutina errores y omisiones de la técnica.</li> <li>• Pérdida de redes directas de apoyo.</li> <li>• Para evitar el olvido de los conocimientos aprendidos.</li> <li>• Cuando hay indicios de infección del sitio de salida.</li> <li>• Si se perciben omisiones en las técnicas dialíticas.</li> <li>• Si se detectan eventos repetitivos de peritonitis.</li> </ul>	<p><b>D NICE</b> <i>Tapia T, 2010</i></p>

	<p>Se recomienda la orientación y educación al paciente y familiar referente a :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en el estilo de vida: higiene personal, alimentación y autocuidado a la salud.</li> <li>• Utilización de medidas universales de protección para realizar el procedimiento: técnica correcta de higiene de manos y de asepsia - antisepsia, cuidados de vías de entrada a la cavidad peritoneal.</li> <li>• Técnica diálisis manual y automatizada.</li> <li>• Detección de signos y síntomas de alarma de peritonitis e instrucciones de manejo en domicilio.</li> <li>• Adherencia terapéutica a medicamentos y a la diálisis.</li> <li>• Monitoreo de la presión arterial, temperatura, peso, perímetro abdominal, nivel de glucosa, control de líquidos y recambios dialíticos.</li> <li>•</li> </ul>	<p><b>Punto de buena práctica</b></p>
	<p>Las condiciones arquitectónicas, asepsia personal y condiciones higiénicas son importantes en la prevención de peritonitis ya que se ha evidenciado infección peritoneal en pacientes que se encuentran con diálisis, por bacterias como streptococcus, staphilococcus y otros germen gram negativos que se encuentran suspendidos en objetos inertes que no han recibido una limpieza especial.</p>	<p><b>3 NICE</b> <i>Astudillo E, 2012</i></p>
	<p>Capacitar y orientar sobre la importancia de la aplicación de la técnica aséptica (lavado de manos, uso de tapabocas e higiene) para reducir los riesgos para la adquisición de peritonitis.</p>	<p><b>C NICE</b> <i>Abud ACF, 2015 Astudillo E, 2012</i></p>
	<p>Se sugiere evitar la presencia de animales y plantas en el sitio de recambio, ya que estos son agentes transmisores de microorganismos que pueden contaminar el ambiente y llegar al paciente a través de elementos contaminados utilizados en el proceso de la diálisis.</p>	<p><b>C NICE</b> <i>Astudillo E, 2012</i></p>


<b>R</b>	Enfatizar el entrenamiento de los pacientes en cuanto a la limpieza y desinfección diaria, eliminando el polvo existente tanto en paredes y pisos, como de los insumos que se requieren en la diálisis, además de utilizar técnica aséptica en el momento de realizarla.	<b>C NICE</b> <i>Astudillo E, 2012</i>
<b>E</b>	Un ensayo clínico controlado demostró que el solo uso de gel de alcohol etílico al 70% para limpiar las manos de los pacientes en diálisis peritoneal puede ser más eficaz para la reducción de las poblaciones de bacterias que las recomendaciones de higiene habituales con agua y jabón.	<b>2++ NICE</b> <i>Figueiredo AE, 2013</i>
<b>R</b>	Orientar a pacientes y cuidadores sobre el uso de gel de alcohol etílico al 70% para la higiene de manos.	<b>B NICE</b> <i>Figueiredo AE, 2013</i>
<b>E</b>	El orificio de salida del catéter se debe cuidar en forma óptima para prevenir que se infecte y se complique con infección del túnel y peritonitis.	<b>3 NICE</b> <i>Abud ACF, 2015 Gil A, 2012</i>
<b>R</b>	Una vez instalado el catéter se debe evitar cambiar el apósito en la primera semana.	<b>B NICE</b> <i>Figueiredo AE, 2014</i>
<b>R</b>	El sitio de salida debe estar seco y los pacientes deben bañarse sin mojar el apósito del orificio de salida del catéter hasta que cicatrice, lo que habitualmente demora 2 semanas.	<b>C NICE</b> <i>Abud ACF, 2015 Gil A, 2012</i>
<b>R</b>	Se debe realizar curación diaria y mantener seco el orificio de salida y el catéter inmovilizado.	<b>C NICE</b> <i>Abud ACF, 2015 Gil A, 2012</i>
<b>R</b>	Una vez cicatrizado el orificio se debe lavar el sitio de salida diariamente con jabón antibacteriano o un antiséptico.	<b>C NICE</b> <i>Abud ACF, 2015 Gil A, 2012</i>
<b>E</b>	La clorhexidina al 1% es considerada como un antiséptico de rápida actuación y además de amplio espectro de acción. La protección de este antiséptico abarca la cobertura de las bacterias Gram +, bacterias Gram-, esporas, virus y hongos, destacando una mayor efectividad de la clorhexidina con los Gram+.	<b>3 NICE</b> <i>Gil A, 2012</i>

	Se debe de evitar el uso diario de peróxido de hidrógeno como antiséptico por su acción secante.	<b>3 NICE</b> <i>Gil A, 2012</i>
	En estudios recientemente reportados, se ha demostrado que, al emplear la clorhexidina para la antisepsia antes de colocar catéteres de diferentes tipos, se reduce significativamente la incidencia de bacteriemia asociada a catéter, en comparación con la povidona yodada	<b>2++ NICE</b> <i>Maya JJ, 2011</i>
	Emplear antisépticos a base de clorhexidina para la curación del orificio de salida.	<b>B NICE</b> <i>Maya JJ, 2011</i>
	El líquido y la fibrina que ingresan a la cavidad podrían ser causantes de la evolución de una peritonitis.	<b>3 NICE</b> <i>Astudillo E, 2012</i>
	Capacitar al paciente y familiar para que observe detenidamente el líquido dializante para identificar de manera oportuna la presencia de fibrina.	<b>C NICE</b> <i>Astudillo E, 2012</i>
	Mantener una buena higiene corporal como el baño y el corte de uñas contribuye al autocuidado y previene el riesgo de infección.	<b>3 NICE</b> <i>Carrillo AJ, 2015</i>
	El baño debe ser diario, es más recomendable los jabones en barra, que los líquidos. Tienen a tener más perfumes y entre menos químicos tenga un jabón, se reducen las posibilidades de que nos produzcan alergia.	<b>Punto de buena práctica</b>
	Los baños con esponjas son menos traumáticos para la piel, es recomendable secar las toallas con la luz solar después de usarlas, para evitar la colonización con mohos.	<b>Punto de buena práctica</b>
	Las lociones, cremas hidratantes y humectantes se deben usar inmediatamente terminado el baño para favorecer mejor hidratación.	<b>Punto de buena práctica</b>





	<p>El corte las uñas de los pies debe ser en línea recta y no muy cerca de la piel, límese suavemente las uñas de los pies, corte las uñas de sus pies después de bañarse, ya que están blandas y son más fáciles de cortar, si no ve bien o las uñas son muy gruesas, hágaselas cortar por un familiar que haya recibido las instrucciones necesarias para hacerlo en forma correcta y segura, corte las uñas de las manos en línea curva no muy cerca de la piel.</p>	<p><b>Punto de buena práctica</b></p>
	<p>Posterior al baño no debe frotarse bruscamente con la toalla la zona de instalación del catéter para evitar trauma.</p>	<p><b>Punto de buena práctica</b></p>
	<p>El esquema de vacunación en el paciente con diálisis se realizará en base al esquema de vacunación vigente (ver tabla de medicamentos).</p>	<p><b>Punto de buena práctica</b></p>
	<p>No se debe aplicar los biológicos en la región glútea, debido a que la reacción inmune es menor.</p>	<p><b>Punto de buena práctica</b></p>
	<p>Si el paciente recibe hemoderivados no se debe vacunar sino hasta 3 meses después como mínimo.</p>	<p><b>Punto de buena práctica</b></p>
	<p>El apoyo social tiene una fuerte influencia en el nivel de satisfacción y bienestar psicológico durante el proceso de la terapia de reemplazo renal, ayuda a que el paciente tenga una estabilidad emocional, eleva su autoestima y facilita el proceso de adaptación en el manejo de diálisis peritoneal.</p>	<p><b>3 NICE</b> <i>Astudillo E, 2012</i></p>
	<p>El contar con una red fuerte de apoyo social se asocia con tasas de supervivencia más alta.</p>	<p><b>3 NICE</b> <i>Carrillo AJ, 2015</i></p>
	<p>El cuidador primario es primordial en la adherencia terapéutica del paciente con enfermedades crónicas.</p>	<p><b>3 NICE</b> <i>Carrillo AJ, 2015</i></p>


	Fomentar la participación del cuidador primario.	<b>C NICE</b> <i>Carrillo AJ, 2015</i> <i>Astudillo E, 2012</i>
	La prevalencia de malnutrición en pacientes con problemas renales alcanza de un 50% a 70%, lo cual aumenta el riesgo de hospitalización y muerte.	<b>2+ NICE</b> <i>Carrillo AJ, 2013</i>
	La ingesta suficiente de nutrimentos es uno de los requisitos universales de autocuidado del paciente renal con diálisis peritoneal.	<b>B NICE</b> <i>Carrillo AJ, 2013</i>
	A mayor comprensión de las restricciones alimentarias y de las razones del tratamiento por parte del paciente y familia, logran mayor adherencia al tratamiento e incrementan la capacidad para cuidar de sí mismos.	<b>D NICE</b> <i>Carrillo AJ, 2013</i>
	La dieta para el paciente con tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal, debe ser baja en sodio, fósforo y potasio.	<b>Punto de buena práctica</b>
	La visita domiciliaria deberá ser realizada por el equipo de salud del primer nivel de atención médica, es una estrategia, que permita identificar deficiencias en la capacitación de pacientes y familiares.	<b>C NICE</b> <i>Astudillo E, 2012</i>

## 4.2. Manifestaciones clínicas de la peritonitis infecciosa en adultos con diálisis peritoneal ambulatoria.

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Los datos sugestivos de peritonitis son: náusea, vómito, hiporexia, diarrea, datos de irritación peritoneal, dolor abdominal difuso, fiebre y líquido turbio.	<b>3 NICE</b> <i>Afrashtehfar CDM et al, 2014</i>






	<p>Los pacientes en diálisis peritoneal que presentan líquido turbio deben tener un diagnóstico presuntivo de peritonitis. Éste, debe confirmarse mediante recuento celular y cultivo del líquido peritoneal residual.</p>	<p><b>3 NICE</b> <i>Afrashtehfar CDM et al, 2014</i></p>
	<p>Para realizar el diagnóstico de peritonitis se debe considerar los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínico: Turbidez del líquido drenado, dolor abdominal, fiebre, alteraciones intestinales.</li> <li>• Laboratorio: Recuento celular &gt; 100 leucocitos, &gt; 50 % PMN.</li> <li>• Microbiológico: Tinción de Gram, cultivo y antibiograma en líquido peritoneal con permanencia &gt; 4 horas en el abdomen.</li> </ul>	<p><b>2++ NICE</b> <i>Minsal, 2010</i></p>
	<p>Se recomienda que durante la valoración se haga búsqueda intencionada de la presencia de signos de inflamación peritoneal.</p>	<p><b>D NICE</b> <i>Afrashtehfar CDM et al, 2014</i></p>
	<p>A todos los pacientes se les debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar controles habituales.</li> <li>• Revisar la inserción del catéter y realizar curación.</li> <li>• Revisar el registro domiciliario del paciente.</li> <li>• Observar y registrar el estado general de higiene del paciente, manos y uñas.</li> <li>• Realizar de una pequeña encuesta dietética para ver si ajusta su dieta, a la prescrita.</li> <li>• Evaluar el ejercicio adaptado al paciente.</li> <li>• Realizar una encuesta de síntomas relacionados con la Enfermedad Renal.</li> <li>• Evaluar Índice tobillo-brazo. Bioimpedancia. Medidas antropométricas.</li> <li>• Evaluar las actividades propias de la diálisis peritoneal.</li> <li>• Gestión de citas y programación de actividades.</li> </ul>	<p><b>D NICE</b> <i>Martín JL, 2012</i></p>

	<p>La enfermera debe incluir en la valoración los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma de signos vitales y somatometría.</li> <li>• Evaluación del estado de conciencia.</li> <li>• Exploración física céfalo caudal.</li> <li>• Evaluación de signos clínicos como dolor abdominal, fiebre, náusea, vómito, tos persistente, estreñimiento crónico y otros.</li> <li>• Revisión del acceso peritoneal , catéter blando, túnel, sistema de conexión y sitio de salida.</li> <li>• Revisión podológica.</li> <li>• Evaluación del estado de la piel para detectar lesiones o edema.</li> <li>• Identificación de falla de membrana peritoneal por causas corregibles a la sobrecarga de volumen.</li> <li>• Identificar factores de riesgo y estilos de vida que pueden incidir negativamente en su tratamiento.</li> <li>• Detección de signos y síntomas de peritonitis y otros de alarma.</li> <li>• Eventos de peritonitis o cambio de catéter blando.</li> <li>• Eventos de urgencia u hospitalización</li> </ul>	<p><b>Punto de buena práctica</b></p>
---	---	---------------------------------------

### 4.3. Intervenciones ante la presencia de peritonitis en adultos con diálisis peritoneal ambulatoria para evitar la pérdida de la cavidad útil.

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>La peritonitis asociada a diálisis peritoneal continua ambulatoria aún es una de las complicaciones más frecuentes, y en algunos casos ocasiona la falla de esta modalidad de tratamiento, por lo que se requiere el retiro del catéter y el cambio a hemodiálisis</p> <p style="text-align: center;"><b>3 NICE</b></p> <p><i>Russi M, 2013</i></p>

	<p>El principal agente causal identificado en los cultivos es el <i>Staphylococcus aureus</i> (30%), seguido de <i>Staphylococcus coagulasa negativo</i> (<i>Staphylococcus epidermidis</i> y <i>Staphylococcus saprophyticus</i> 10%).</p>	<p><b>3 NICE</b> <i>Afrashtehfar CDM et al, 2014</i></p>
	<p>El tratamiento de la peritonitis se realiza en forma empírica con el suministro de antibióticos dentro de la cavidad peritoneal hasta el resultado del antibiograma. El régimen antibiótico empírico ideal para el tratamiento de las peritonitis sería aquel medicamento de amplio espectro de fácil administración, que carezca de efectos adversos y sea accesible.</p>	<p><b>4 NICE</b> <i>Soledad M, 2010</i></p>
	<p>El inicio del tratamiento empírico de manera temprana, tomando en cuenta la flora microbiológica de cada hospital, tiene un gran impacto en los resultados, la preservación de la membrana peritoneal y la supervivencia.</p>	<p><b>C NICE</b> <i>Russi M, 2013</i></p>
	<p>El tratamiento empírico ideal para la peritonitis asociada a diálisis continua ambulatoria debe tener la mayor efectividad posible, sin favorecer el aumento de <i>Staphylococcus aureus meticili</i>, no resistente y cubrir los gérmenes etiológicos más frecuentes de cada centro hospitalario.</p>	<p><b>C NICE</b> <i>Russi M, 2013</i> <i>Minsal, 2010</i></p>
	<p>Ensayos clínicos demuestra que la administración intraperitoneal de los antibióticos es superior a la administración intravenosa, para el tratamiento de la peritonitis asociada a la diálisis peritoneal y los glucopéptidos parecen óptimos para la curación completa de la peritonitis.</p>	<p><b>1++ NICE</b> <i>Ballinger A, 2014</i></p>
	<p>Documentar el nombre, dosis, frecuencia y vía de administración del fármaco prescrito.</p>	<p><b>Punto de buena práctica</b></p>
	<p>Identificar de forma oportuna reacción adversa a los medicamentos.</p>	<p><b>Punto de buena práctica</b></p>

	Las peritonitis graves y prolongadas pueden llevar a insuficiencia de la membrana peritoneal.	<b>3 NICE</b> <i>Russi M, 2013</i>
	La extracción del catéter de la DP puede ser el mejor tratamiento para la peritonitis recurrente o persistente.	<b>1++ NICE</b> <i>Ballinger A, 2014</i>
	Se sugiere retirar el catéter en las siguientes situaciones clínicas: peritonitis catéter dependiente, recurrente, refractaria, fúngica, fecaloídea y tuberculosa.	<b>B NICE</b> <i>Minsal, 2010</i>

## 5. ANEXOS

### 5.1. Protocolo de Búsqueda

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

#### Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **inglés y español**.
- Documentos publicados los últimos **5 años**
- Documentos enfocados **complicaciones infecciosas, peritonitis**.

#### Criterios de exclusión:

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

#### 5.1.1. Estrategia de búsqueda

##### 5.1.1.1. Primera Etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema **diálisis peritoneal** en PubMed. La búsqueda se limitó a estudios en humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés y español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el(los) término(s) **peritoneal dialysis**. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio **21** resultados, de los cuales se utilizaron **0** documentos para la elaboración de la guía.

BÚSQUEDA	RESULTADO
("Peritoneal Dialysis/adverse effects"[Mesh] OR "Peritoneal Dialysis/education"[Mesh] OR "Peritoneal Dialysis/mortality"[Mesh] OR "Peritoneal Dialysis/nursing"[Mesh] OR "Peritoneal Dialysis/psychology"[Mesh] OR "Peritoneal Dialysis/therapy"[Mesh]) AND ("2010/06/10"[PDat] : "2015/06/08"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND Spanish[lang] AND "adult"[MeSH Terms])	21

## Algoritmo

1. Peritoneal Dialysis[Mesh]
2. adverse effects[Mesh]
3. education[Mesh]
4. mortality[Mesh]
5. nursing[Mesh]
6. psychology[Mesh]
7. therapy[Mesh]
8. #1 #2 OR #1 #3
9. #1 #3 OR #1 #4
10. #1 #4 OR #1 #5
11. #1 #5 OR #1 #6
12. #1 # 6 OR #1 #7
13. #1 #2 OR #1 #3 OR #1 #4 OR #1 #5 OR #1 #6 OR #1 #7
14. ("2010/06/10"[PDat] : "2015/06/08"[PDat])
15. "humans"[MeSH Terms]
16. Spanish[lang]
17. adult"[MeSH Terms]
18. #14 AND #15
19. #15 AND #16
20. #16 AND #17
21. #14 AND #15 AND #16 AND #17
22. #1 #2 OR #1 #3 OR #1 #4 OR #1 #5 OR #1 #6 OR #1 #7 #14 AND #15 AND #16 AND #17

Se realizó una segunda búsqueda de documentos relacionados al tema **peritonitis** en PubMed. La búsqueda se limitó a estudios en humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés y español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSH. Se utilizó el(los) término(s) **peritonitis**. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio **5** resultados, de los cuales se utilizaron **0** documentos para la elaboración de la guía.

BÚSQUEDA	RESULTADO
("Peritonitis/diagnosis"[Mesh] OR "Peritonitis/drug therapy"[Mesh] OR "Peritonitis/nursing"[Mesh] OR "Peritonitis/therapy"[Mesh]) AND (Practice Guideline[ptyp] AND "2011/01/30"[PDat] : "2016/01/28"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])	5

## Algoritmo

1. Peritonitis "[Mesh]
2. diagnosis"[Mesh]
3. drug therapy"[Mesh]
4. nursing"[Mesh]
5. therapy"[Mesh])
6. #1 #2 OR #1 #3
7. #1 #4 OR #1 #5
8. #1 #2 OR #1 #3 OR #1 #4 OR #1 #5
9. Practice Guideline[ptyp]
10. "2011/01/30"[PDat] : "2016/01/28"[PDat]
11. humans"[MeSH Terms]
12. #9 AND #10
13. #10 AND #11
14. #9 AND #10 AND #10 AND #11
15. #1 #2 OR #1 #3 OR #1 #4 OR #1 #5 AND #9 AND #10 AND #10 AND #11

### 5.1.1.2. Segunda Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en **CUIDEN** con el término **peritonitis y dialisis**. Se obtuvieron **22** resultados de los cuales se utilizaron **13** documentos para la elaboración de la guía.

### 5.1.1.3. Tercera Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron documentos con el término **peritonitis y dialisis**. A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

SITIOS WEB	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
Lilacs	122	4
Scielo	53	3
Fisterra	0	0
Guiasalud	0	0
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>7</b>

En resumen, de **175** resultados encontrados, **7** fueron útiles para el desarrollo de esta guía.

## 5.2. Escalas de Gradación

### NIVELES DE EVIDENCIA PARA ESTUDIOS DE TERAPIA POR NICE\*\*

NIVEL DE EVIDENCIA	INTERPRETACIÓN
<b>1++</b>	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con muy bajo riesgo de sesgos
<b>1+</b>	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con bajo riesgo de sesgos
<b>1-</b>	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con alto riesgo de sesgos*
<b>2++</b>	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
<b>2+</b>	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
<b>2-</b>	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo*
<b>3</b>	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
<b>4</b>	Opinión de expertas/os

\*Los estudios con un nivel de evidencia con signos “-“ no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación., Adaptado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network.  
 \*\*National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods-Chapter 7: Reviewing and grading the evidence. London: NICE update March 2005.The guidelines manual 2009.

### GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA ESTUDIOS DE TERAPIA (NICE)

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>A</b>	Al menos un meta-análisis, o un EC con asignación aleatoria categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población blanco; o una RS o un EC con asignación aleatoria o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.
<b>B</b>	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población blanco y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o evidencia que pueda extrapolarse de estudios calificados como 1++ o 1+
<b>C</b>	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
<b>D</b>	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+, o consenso formal
<b>D(BPP)</b>	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía



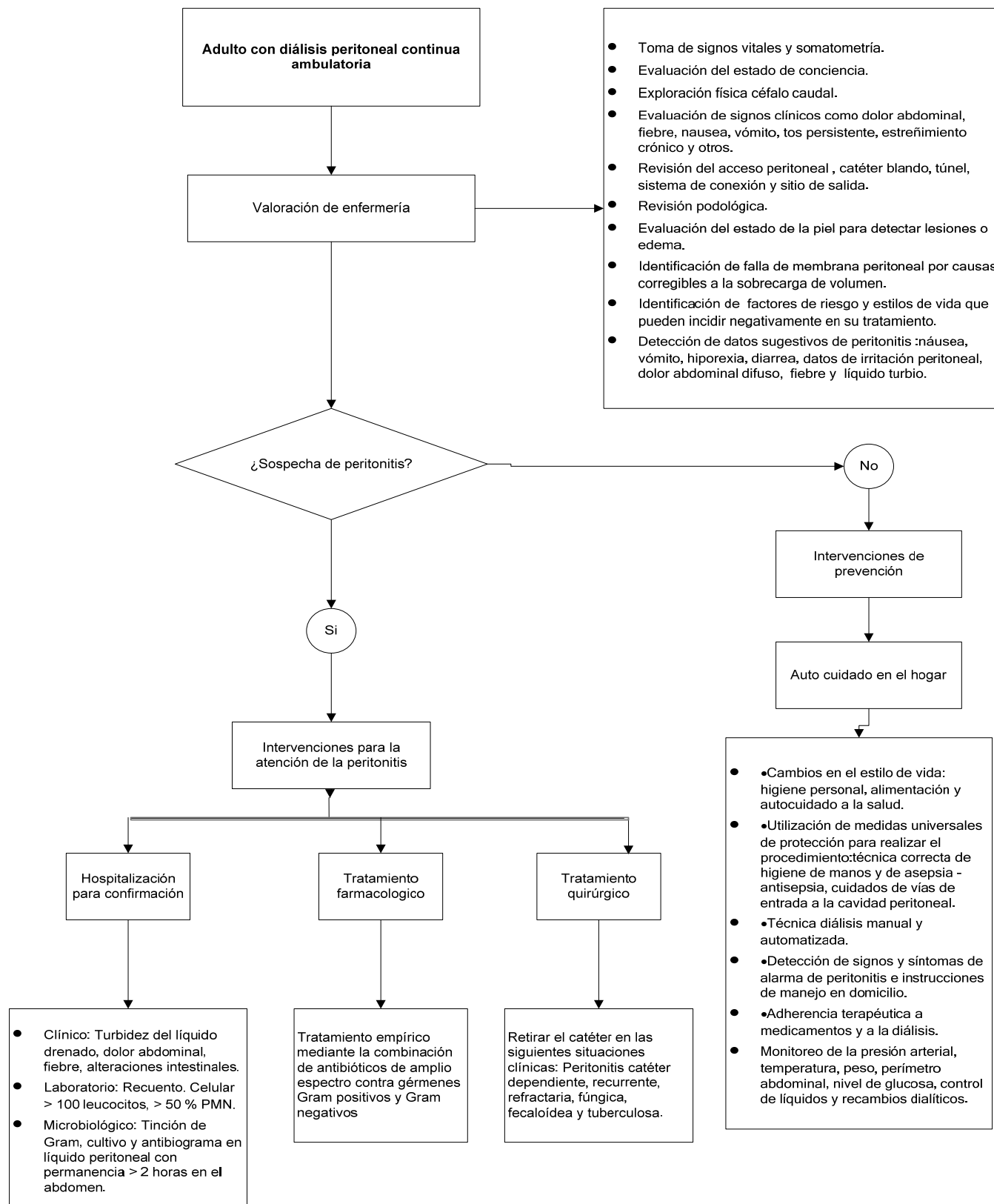
### Niveles de Evidencia, para estudios de Diagnóstico Oxford Centre for Evidence-based Medicine (OCEBM) 2009\*

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	DIAGNÓSTICO
<b>A</b>	1a	Revisiones Sistemáticas de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad**, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y en diferentes centros clínicos
	1b	Estudios de cohortes que validen la calidad de una prueba específica, con estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico o probado en un centro clínico
	1c	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico
<b>B</b>	2a	Revisiones sistemáticas de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad
	2b	Estudios exploratorios que, a través de una regresión logística, determinan factores significativos, y validados con estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de categorización del diagnóstico
	3a	Revisiones sistemáticas con homogeneidad de estudios 3b y de mejor calidad
	3b	Comparación enmascarada y objetiva de un espectro de una cohorte de pacientes que podría normalmente ser examinado para un determinado trastorno, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio. Estudios no consecutivos o sin la aplicación de un estándar de referencia
<b>C</b>	4	Estudio de casos y controles, con escasos o sin estándares de referencia independiente, los estándares de referencia no son objetivos, cegados o independientes, o las pruebas positivas y negativas son verificadas usando estándares de referencia diferentes.
<b>D</b>	5	Opinión de expertas/os sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"

\*Adaptado de Oxford Centre for Evidence-based Medicine (OCEBM) Centre for Evidence Based Medicine-Levels of Evidence (March 1009). Available from: <http://www.cebm.net/index.aspx?o01025>. Visitado 28 agosto 2014

\*\*Estudios con homogeneidad : se refiere a que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección

## 5.4. Diagramas de Flujo



Fuente: Elaborado por el grupo desarrollador

## 5.5. Listado de Recursos

### 5.5.1. Tabla de Medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento del **Cuadro Básico de IMSS**

#### CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS

CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	EFFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
020.000.2 526.00	<b>VACUNA RECOMBINANTE CONTRA LA HEPATITIS B</b>	Adolescentes de 10 a 19 años y adultos: Tres dosis de 10 µg Primera dosis: fecha elegida. Segunda dosis: un mes después de la primera dosis. Tercera dosis: seis meses después de la primera dosis.  O  Dos dosis de 20 µg Primera dosis: fecha elegida. Segunda dosis: un mes después de la primera dosis.	SUSPENSION INYECTABLE Cada dosis de 1 ml contiene: AgsHb 20 µg Envase con un frasco ampula con 10 ml (10 dosis).	Fiebre, cefalea, mareos, náusea, vómito y mialgias, dolor e inflamación en el sitio de aplicación.	Ninguna con importancia clínica.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad a los componentes de la vacuna, VIH/SIDA, fiebre. Precauciones: Antecedentes de transfusión o que hayan recibido inmunoglobulina, esperar tres meses para ser vacunados

## CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS

CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	EFFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
020.000.01 46.00	<b>VACUNA ANTINEUMOC ÔCCICA</b>	Subcutánea o intramuscular (región deltoidea) Adultos y niños mayores de 2 años: Aplicar una dosis inicial de 0.5 ml y una dosis de refuerzo cada 5 años.	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada dosis de 0.5 ml contiene: Poliósidos purificados del <i>Streptococcus pneumoniae</i> serotipos 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14,15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F y 33F, cada uno con 25 µg. Envase con frasco ampula de 0.5 ml. Envase con frasco ampula de 2.5 ml.	Eritema, induración y dolor en el sitio de aplicación, fiebre, irritabilidad.	Ninguna de importancia clínica	Contraindicaciones: Hipersensibilidad a los componentes de la vacuna, fiebre, antecedentes de reacciones severas en dosis previas, VIH/SIDA , tratamiento con corticosteroides u otros medicamentos inmunosupresores o citotóxicos, Precauciones: Las personas transfundidas o que han recibido inmunoglobulina, esperarán tres meses para ser vacunadas. La vacuna de 23 serotipos no debe ministrarse a niños menores de dos años
020.000.01 46.01						
020.000.01 46.02						

## CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS

CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	EFFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
020.000.38 22.00	<b>VACUNA ANTIINFLUENZ A</b>	Intramuscular o subcutánea.	SUSPENSION INYECTABLE	Dolor, eritema e induración en el sitio de aplicación.	Con inmunosupresores, corticosteroides y antimetabolitos, se disminuye la respuesta inmunológica. Se ha reportado inhibición de la biotransformación de fenitoína, teofilina y warfarina después de su aplicación.	Contraindicaciones: Hiper sensibilidad a los componentes de la vacuna, menores de 6 meses de edad, reacciones graves a dosis previas, alergia al huevo, enfermedades graves con o sin fiebre, antecedente de aplicación del biológico inferior a un año. Precauciones: Las personas transfundidas o que han recibido inmunoglobulina, esperarán tres meses para ser vacunadas.
020.000.38 22.01		En niños menores de 18 meses, aplicar en el tercio medio de la región anterolateral externa del muslo y	Cada dosis de 0.5 ml contiene: Fracciones antigénicas purificadas de virus de influenza inactivados correspondientes a las cepas: A/California/7/2009 (H1N1) 15 µg HA	Fiebre, mialgias y astenia de corta duración.		
020.000.38 22.02		en niños mayores, adolescentes y adultos en el músculo deltoides. Niños de 6 a 35 meses: Una dosis de 0.25 ml. Niños de 36 meses o más, adolescentes y adultos: Una dosis de 0.5 ml. Para los niños menores de nueve años, que no hayan recibido esta vacuna anteriormente, se deberá inyectar una segunda dosis, transcurrido por lo menos un intervalo de 4 semanas. Una dosis anual en los meses de septiembre a febrero	A/Perth/16/2009 (H3N2) 15 µg HA Cepa análoga A/Wisconsin/15/2009 B/Brisbane/60/2008 15 µg HA Envase con frasco ampula o jeringa prellenada con una dosis. Envase con 1 frasco ampula con 5 ml cada uno (10 dosis). Envase con 10 frascos ampula con 5 ml cada uno (10 dosis)			

## CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS

CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	EFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
020.000.38 10.00	<b>TOXOIDES TETÁNICO Y DIFTÉRICO(Td )</b>	Intramuscular profunda (región deltoidea o cuadrante superior externo del glúteo). Adultos y niños a partir de los 5 años de edad: Con esquema completo con pentavalente, cuádruple o DPT: Una dosis cada 10 años. Con esquema incompleto: Dos dosis con un intervalo de 4-8 semanas y revacunación cada 10 años.	SUSPENSIÓN INYECTABLE Por formulación de proceso Cada dosis de 0.5 ml contiene: Toxoide diftérico no más de 5 Lf Toxoide tetánico no más de 25 Lf o Por potencia de producto terminado  Envase con frasco ampula con 5 ml (10 dosis). Envase con 10 jeringas prellenadas, cada una con una dosis (0.5 ml)	Ocasionalmente se presenta malestar general y fiebre ligera.	Con cloranfenicol se disminuye el efecto del toxoide.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad a los componentes de la vacuna, inmunodeficiencia, a excepción de VIH/SIDA, fiebre superior a 38.5°C y enfermedades graves. Precauciones: Personas transfundidas o que han recibido inmunoglobulina, deberán esperar tres meses para ser vacunadas, salvo en aquellos casos de traumatismos con heridas expuestas ya que puede aplicarse simultáneamente con antitoxina, independientemente de transfusión o aplicación de inmunoglobulinas.
020.000.38 10.01		Embarazadas, en cualquier edad gestacional: Dos dosis con un intervalo de 4-8 semanas, refuerzo en cada embarazo hasta 5 dosis y revacunación cada 10 años.				

## 5.6. Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica

<b>Diagnóstico(s) Clínico(s):</b>	Peritonitis		
<b>CIE-9-MC / CIE-10</b>	K65X PERITONITIS		
<b>Código del CMGPC:</b>			
TÍTULO DE LA GPC			Calificación de las recomendaciones
Intervenciones de enfermería para la prevención y atención de peritonitis infecciosa en adultos con diálisis peritoneal ambulatoria			
POBLACIÓN BLANCO	USUARIOS DE LA GUÍA	NIVEL DE ATENCIÓN	(Cumplida=SI=1, NO=0, No Aplica=NA)
Mujeres y hombres mayores de 18 años con tratamiento sustitutivo de la función renal-diálisis peritoneal ambulatoria	Personal de enfermería (Auxiliares, Generales, Especialistas y Jefes de Servicio), personal médico (Médicos Familiares y no Familiares) y Personal en Formación.	Primer y segundo nivel de atención.	
INTERVENCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE PERITONITIS			
Capacitar y orientar sobre la importancia de la aplicación de la técnica aséptica (lavado de manos, uso de tapabocas e higiene) para reducir los riesgos para la adquisición de peritonitis.			
Orientar sobre el uso de gel de alcohol etílico al 70% para la higiene de manos.			
Se debe realizar curación diaria y mantener seco el orificio de salida y el catéter inmovilizado			
Emplear antisépticos a base de clorhexidina para la curación del orificio de salida.			
INTERVENCIONES DE VALORACIÓN PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PERITONITIS			
Se recomienda que durante la valoración se haga hincapié en la búsqueda intencionada de la presencia de signos de inflamación peritoneal			
<p>A todos los pacientes se les debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar controles habituales.</li> <li>• Revisar la inserción del catéter y se cura.</li> <li>• Revisar el registro domiciliario del paciente.</li> <li>• Observar y registrar el estado general de higiene del paciente, manos y uñas.</li> <li>• Realizar de una pequeña encuesta dietética para ver si ajusta su dieta a la prescrita.</li> <li>• Evaluar el ejercicio adaptado al paciente.</li> <li>• Realizar una encuesta de síntomas relacionados con la Enfermedad Renal.</li> <li>• Valorar la técnica empleada por el paciente. Interrogamos sobre sus relaciones laborales y sociales.</li> <li>• Evaluar Índice tobillo brazo. Bioimpedancia. Medidas antropométricas.</li> <li>• Evaluar las actividades propias de la diálisis peritoneal. Cambio de prolongador.</li> <li>• Gestión de citas y programación de actividades.</li> </ul>			
INTERVENCIONES PARA LA ATENCIÓN DE LA PERITONITIS			
Documentar el nombre, dosis, frecuencia y vía de administración del fármaco prescrito.			
Identificar reacciones adversas a los medicamentos.			

<b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>	
Total de recomendaciones cumplidas (1)	
Total de recomendaciones no cumplidas (0)	
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado	
<b>Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)</b>	
<b>Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)</b>	



## 6. GLOSARIO

**Esquema completo de vacunación:** Al tipo, al número de vacunas, dosis y refuerzos establecidos, que debe recibir la población, de acuerdo con su edad.

**Refuerzo,** a la acción que se realiza, después de haber completado el esquema de vacunación, al aplicar una dosis adicional del antígeno de inmunización; y que permite incrementar los niveles protectores contra ese antígeno.

**Toxoide,** a la toxina que ha sido modificada mediante procedimientos físicos o químicos para que pierda su efecto tóxico pero que conserva su inmunogenicidad.

**Vacuna:** a la preparación biológica destinada a generar inmunidad contra una enfermedad mediante la producción de anticuerpos, para eliminar, prevenir o controlar estados patológicos.

**Vacunación,** a la aplicación de un producto inmunizante a un organismo con objeto de protegerlo contra el riesgo de una enfermedad determinada, esta acción no necesariamente produce inmunización, ya que la respuesta inmune varía de un individuo a otro.

**Ambulatorio:** Que no exige que el paciente guarde cama o se hospitalice

**Catéter blando:** Dispositivo permanente de silicón que se implanta en el abdomen, permite la entrada y salida de la solución de diálisis peritoneal.

**Cavidad peritoneal:** espacio en el abdomen que sostiene los órganos principales. El interior de este espacio se encuentra revestido con el peritoneo.

**Conector:** Aditamento de titanio empleado para unir el catéter con la línea de transferencia.

**Consulta de enfermería:** Trabajo sistematizado del proceso de enfermería que incluye la investigación, análisis, interpretación, planificación y evaluación del cuidado del enfermo renal. Favorece la relación enfermera, paciente y red de apoyo, promueve el auto-cuidado, mediante el entrenamiento permanente previene y detecta complicaciones del tratamiento sustitutivo de la función renal.

**Diálisis:** Término general empleado para el tratamiento de la insuficiencia renal que utiliza como principio físico-químico la difusión pasiva del agua y solutos de la sangre a través de una membrana.

**Diálisis peritoneal:** Procedimiento terapéutico especializado en el que por medio de una solución dializante infundida en la cavidad peritoneal, con lo que se obtiene la depuración y la ultrafiltración a través de la membrana peritoneal, con la finalidad de eliminar solutos y agua excedentes del organismo.

**Enfermería:** Profesional que aborda el cuidado de la salud con conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la atención de los pacientes en los programas de terapia sustitutiva renal y trasplante renal.

**Entrenamiento:** Transmisión del conocimiento a través de la práctica de habilidades motoras, repeticiones de cada tarea o actividad, señalando cada paso a realizar hasta que sea comprendido, asimilado y reproducido alcanzando la repetición mecánica eficiente por parte del paciente, familiar o persona legalmente responsable de la técnica de diálisis peritoneal ambulatoria o automatizada.

**Enfermedad renal crónica:** Daño renal por más de 3 meses, afección estructural o funcional, con o sin disminución de la tasa de filtración glomerular, manifestado por anomalías histopatológicas, anormalidades de la química sanguínea, del examen general de orina o en estudios de imagenología, o bien reducción en la tasa de filtración glomerular a menos de 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> sin evidencia de daño renal.

**Higiene de manos:** termino que se aplica para el lavado de manos con jabón o alcohol gel por frotamiento, para eliminar microorganismos patógenos y de esta manera eliminar el desarrollo y transmisión de enfermedades infecciosas

**Insuficiencia renal crónica:** Pérdida de la función renal de origen multifactorial, generalmente de evolución lenta, progresiva, irreversible y mortal.

**Intervención de enfermería:** todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado en el paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a persona familia y comunidad, como tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos y otros proveedores de cuidado.

**Pérdida de cavidad peritoneal:** Incapacidad funcional y/o estructural del peritoneo para efectuar la diálisis, que se mide a través de una prueba de equilibrio peritoneal.

**Peritonitis:** Inflamación de la membrana peritoneal, generalmente secundaria a un proceso infeccioso.

**Prevención:** accione de evitar un daño, anticiparse a una dificultad o alteración.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Abud ACF, Kusumota L, Santos MA, Rodrigues FFL, Damasceno MMC, Zanetti ML. Peritonitis e infección del orificio de salida del catéter en pacientes en diálisis peritoneal en el domicilio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2015; 23(5):902-9.
2. Afrashtehfar CDM et al. Peritonitis asociada con diálisis peritoneal. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2014; 52(1):84-9
3. Álvarez Y, Bohorques R, Martínez A, Ballard Y, Pérez S, Gutiérrez F. Peritonitis in a program of peritoneal domiciliary dialysis in the Nephrology Institute: 2007-2011. *Rev cubana med* 2012;51(2):117-123.
4. Astudillo E, Echeverry Y. Factores relacionados con la presencia de peritonitis en pacientes con insuficiencia renal avanzada en proceso de diálisis peritoneal. *Revista cultura del cuidado.* 2012;9(1):17-25
5. Ballinger A, Palmer S, Wiggins K, Craig J, Johnson D, Cross N, Strippoli G. Tratamiento para la peritonitis asociada a la diálisis peritoneal. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014 Issue 4. Art. No.: CD005284. DOI: 10.1002/14651858.CD005284-
6. Barbero E, Tejeda E, Junyent E, Berrada A, Collado S, Barbosa F. Factores de riesgo relacionado con el desarrollo de peritonitis en pacientes de diálisis peritoneal (DP). *Enferm Nefrol* 2014; 17 Suppl (1): 32/43
7. Carrillo AJ. Análisis de la capacidad de autocuidados en pacientes en diálisis peritoneal. *Enferm Nefrol* 2015; 18 (1): 31/40
8. Carrillo AJ, Laza C, Molina JA. Estudio documental (2006- 2013) sobre el autocuidado en el día a día del paciente con enfermedad renal crónica. *Enferm . Nefrol.* 2013; 16 (3): 185-192.
9. Carrillo A J, Díaz FJ. Capacidad de autocuidado de los pacientes en diálisis peritoneal: estudio piloto en Bogotá. *Enfermería Global.* 2013; 30 54-64.
10. Curty N, Fagundes da Silva ML, Sanches CA, Schafranskia M, Dorelayne Aparecida Britesc, Busato César Roberto et al. Morbimortality study of infection in patients undergoing different types of dialysis in a renal replacement therapy center. *Braz J Infect Dis [online].* 2014;18(3) pp. 281-286.
11. Figueiredo AE, de Siqueira SL, Poli-de-Figueiredo CE, d'Avila DO. Hand hygiene in peritoneal dialysis patients: a comparison of two techniques. *Perit Dial Int.* 2013; 33(6):655-61.
12. Figueiredo, A. E. The challenges in preventing infection in peritoneal dialysis: a nurse' s viewpoint. *Renal Society of Australasia Journal.* 2014; 10(3):120-125.
13. Gil A, Gisbert E, Castillo M, Baró ME. Efectividad clínica en el cuidado del orificio de salida del catéter peritoneal. *Enferm Nefrol* 2012; 15 (3): 194/201
14. Martín J L, Pérez Á, Sánchez N. Actividades de enfermería en el paciente en programa de diálisis peritoneal. *Enferm Nefrol* 2012; 15 (1): 142/156
15. Maya JJ, Jamil S, Pacheco R, Valderrama L, Villegas V. Role of chlorhexidine in the prevention of health care related infections. *Infectio.* 2011; 15(2): 98-107
16. Méndez A, Pérez G, Ayala F, Aguli R, González JJ, Dávila J. Panorama epidemiológico de la insuficiencia renal crónica en el segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Dial Traspl.* 2014;35(4):148-156
17. Ministerio de salud. Guía clínica diálisis peritoneal. Santiago: minsal, 2010.
18. Russi M y cols. Etiología de peritonitis asociada a diálisis peritoneal continua. *Archivos de Medicina de Urgencia de México* 2013; 5 (1): 5-10

19. Soledad M, Micaela N, Natalia C. Diálisis peritoneal: Complicaciones más frecuentes. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2010;16 (199).
20. Tapia T, Muñoz A, Méndez A. La consulta de enfermería, propuesta de mejora en los programas de análisis peritoneal. Rev Enferm Inst Seguro Soc 2010, 18(3):159-162.

## 8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de **Instituto Mexicano del Seguro Social** 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 **Instituto Mexicano del Seguro Social** , y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades de **<institución que colaboró>** que participó en los procesos de **<validación, verificación>** su valiosa colaboración en esta guía.

### **Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS**

Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

## 9. COMITÉ ACADÉMICO

### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

Dr. Jaime Antonio Zaldívar Cervera	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniestra Osorio	Coordinador Técnico de Excelencia Clínica
	Jefa de Área del Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa de Área de Innovación de Procesos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Adolfin Bergés García	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Socorro Azarell Anzures Gutiérrez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Brendha Rios Castillo	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador

## 10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

### DIRECTORIO SECTORIAL

### DIRECTORIO DEL CENTRO DESARROLLADOR

#### **Secretaría de Salud**

Dr. José Narro Robles  
*Secretario de Salud*

#### **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Dr. José de Jesús Arriaga Dávila  
*Director de Prestaciones Médicas*

#### **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Mtro. Mikel Arriola Peñalosa  
*Directora General*

Dr. José de Jesús González Izquierdo  
*Titular de la Unidad de Atención Médica*

#### **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**

Lic. José Reyes Baeza Terrazas  
*Director General*

Dr. Jaime Antonio Zaldivar Cervera  
*Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad*

#### **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia**

Lic. Laura Vargas Carrillo  
*Titular del Organismo SNDIF*

Dr. Arturo Viniegra Osorio  
*Coordinador Técnico de Excelencia Clínica*

#### **Petróleos Mexicanos**

Dr. José Antonio González Anaya  
*Director General*

#### **Secretaría de Marina Armada de México**

Almte. Vidal Francisco Soberón Sanz  
*Secretario de Marina*

#### **Secretaría de la Defensa Nacional**

Gral. Salvador Cienfuegos Zepeda  
*Secretario de la Defensa Nacional*

#### **Consejo de Salubridad General**

Dr. Leobardo Ruíz Pérez  
*Secretario del Consejo de Salubridad General*

## 11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

	Dr. Eduardo González Pier	Presidente
	<b>Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud</b>	
	Dr. Pablo Antonio Kuri Morales	Titular
	<b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	
	Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos	Titular
	<b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	
	Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas	Titular
	<b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	
	Dra. María de las Nieves García Fernández	Titular
	<b>Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Salud</b>	
	Dr. Leobardo Carlos Ruíz Pérez	Titular
	<b>Secretario del Consejo de Salubridad General</b>	
	General de Brigada M. C. Daniel Gutiérrez Rodríguez	Titular
	<b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	
	Contraalmirante SSN, M.C. Pediatra Rafael Ortega Sánchez	Titular
	<b>Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México</b>	
	Dr. José de Jesús Arriaga Dávila	Titular
	<b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	
	Dr. Rafael Manuel Navarro Meneses	Titular
	<b>Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	
	Dr. Marco Antonio Navarrete Prida	Titular
	<b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	
	Lic. Mariela Amalia Padilla Hernández	Titular
	<b>Directora General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	
	Dr. Ricardo Camacho Sanciprián	Titular
	<b>Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	
	Dr. José Meljem Moctezuma	Titular
	<b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	
	Dr. Sebastián García Saisó	Titular
	<b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	
	Dr. Miguel Ángel Cedillo Hernández	Titular
	<b>Director General de Evaluación del Desempeño</b>	
	Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	Titular
	<b>Director General de Información en Salud</b>	
	M. en A. María Luisa González Rétiz	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
	Dr. Álvaro Emilio Arceo Ortíz	Titular 2016-2017
	<b>Secretario de Salud y Director General del Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche</b>	
	Dr. Jesús Pavel Plata Jarero	Titular 2016-2017
	<b>Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Nayarit</b>	
	Dr. Neftalí Salvador Escobedo Zoletto	Titular 2016-2017
	<b>Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla</b>	
	Dr. Enrique Luis Graue Wiechers	Titular
	<b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	
	Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	Titular
	<b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	
	Dr. Arturo Perea Martínez	Titular
	<b>Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría</b>	
	Lic. José Ignacio Campillo García	Titular
	<b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.</b>	
	Dr. Ricardo León Bórquez M.C.A.	Asesor Permanente
	<b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.</b>	
	Dr. Francisco Hernández Torres	Asesor Permanente
	<b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.</b>	
	Lic. Alejandro Alfonso Díaz	Asesor Permanente
	<b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.</b>	
	Dr. Sigfrido Rangel Frausto	Asesor Permanente
	<b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud</b>	
	Dr. Jesús Ojino Sosa García	Secretario Técnico
	<b>Secretario Técnico del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica</b>	