

**Gobierno
Federal**



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Prevención y diagnóstico de
SOBREPESO Y OBESIDAD
EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
en el primer nivel de atención

Evidencias y recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-025-08**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.
[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)
Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

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

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

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

Deberá ser citado como: **Prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención, México: Secretaría de Salud; 2008.**

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

ISBN en trámite

CIE 10: E66 Obesidad

Prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención

Coordinadores:			
Dr. Juan Miguel Hernández Galván	Cirujano General	Servicios de Salud de Coahuila	Jefe Estatal de Enseñanza
Autores:			
Dr. Jesús Ángel Padilla Gámez	Medicina Familiar Salud Pública Nutrición Clínica	Colegio de Nutrición Clínica y Obesidad de Coahuila A.C.	Presidente
Dr. Artemio Velasco Morales	Endocrinólogo Pediatra Posgrado en Obesidad	Hospital del Niño "Dr. Federico Gómez Santos"	Médico Adscrito
Dr. Ernesto Ovalle Zavala	Endocrinólogo, Maestro en Investigación Clínica	Facultad de Medicina, Unidad Saltillo, Universidad Autónoma de Coahuila	Maestro de tiempo completo
Dr. Miguel Ángel González Madrazo	Médico Pediatra, Maestro en Investigación Clínica		
M.C. Citlali Alcaraz Quijada	Maestra en Ciencias Biológicas		
M en A María de Lourdes Dávalos Rodríguez	Médico Pediatra, Maestra en Administración de Sistemas de Salud	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica
Asesor			
Dr. Domingo Antonio Ocampo	Pediatra Infectólogo	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Asesor para la Integración de Guías de Práctica Clínica
Validación			
Dr. Raúl Calzada León	Endocrinología Pediátrica	Instituto Nacional de Pediatría	Adscrito al Servicio de Endocrinología
Dra. Aleida de Jesús Rivera Hernández	Médica Especialista en Endocrinología	Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social	Adscrito al Servicio de Endocrinología
Dr. Ranulfo Jesús Ramos Beltrán	Médico Pediatra	DIF Nacional	Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social

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.....	8
4. Evidencias y recomendaciones	9
4.1 Prevención primaria.....	10
4.1.1 Promoción a la salud.....	10
4.1.1.1 Estilo de vida.....	10
4.1.1.2 Educación para la salud	10
4.2 Prevención secundaria.....	11
4.2.1 detección.....	11
4.2.1.1 Factores de riesgo	11
4.2.1.2 Tamizaje	13
4.2.1.3 Historia clínica.....	14
4.2.2 Limitación del daño	14
4.2.2.1 Tratamiento oportuno y adecuado	14
4.2.2.1.1 Tratamiento farmacológico	14
4.2.2.1.2 Tratamiento no farmacológico	15
4.2.2.1.3 Tratamiento quirúrgico.....	16
4.2.3 Prevención de complicaciones.....	17
4.3 Prevención terciaria.....	19
4.3.1 Rehabilitación	19
4.4 Criterios de referencia	22
5. Bibliografía	24
6. Agradecimientos.....	25
7. Comité Académico	25
8. Directorio	26
9. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	27

Prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: SSA-025-08	
Profesionales de la salud	Trabajadora social Enfermera Médico general Medico familiar Nutriologa Psicologa (o) Educador físico Medico pediatra Pediatra endocrinólogo Médico psiquiatra cirujano bariatra Médico endocrinólogo
Clasificación de la enfermedad	E 66 Obesidad, de acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima Revisión, CIE 10 "Prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención"
Categoría de GPC	Primer nivel de atención Consejería Prevención primaria y secundaria Educación para la salud
Usuarios potenciales	Enfermeras generales Enfermeras especializadas Personal de salud en servicio social Personal de salud en formación Médicos generales Médicos familiares Pediatra Bariatra Nutriólogos Técnicos en enfermería Trabajadores sociales
Tipo de organización desarrolladora	Gobierno Federal Secretaría de Salud Federal Secretaría de Salud del Estado de Coahuila Hospital del Niño de Saltillo "Dr. Federico Gómez Santos"-DIMER CHRYSLER Colegio de Nutrición y Clínica de Obesidad de Coahuila AC
Población blanco	Hombres y mujeres de dos a 20 años de edad
Fuente de financiamiento/patrocinador	Gobierno Federal Secretaría de Salud Federal Secretaría de Salud del Estado de Coahuila Hospital del Niño de Saltillo "Dr. Federico Gómez Santos"- CHRYSLER Colegio de Nutrición y Clínica de Obesidad de Coahuila AC
Intervenciones y actividades consideradas	Determinación del peso, talla, IMC, circunferencia de cintura, presión arterial, educación, orientación y consejería a familiares y pacientes, clasificación de sobrepeso y obesidad, periodicidad del seguimiento y control de parámetros antropométricos y presión arterial; exámenes de laboratorio; criterios de referencia a segundo o tercer nivel de atención.
Impacto esperado en salud	Contribuir con: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminuir las tasas de incidencia y prevalencia de sobrepeso y obesidad. ▪ Incrementar la tasa de diagnóstico temprano. ▪ Identificación oportuna de comorbilidades. ▪ Reducción de las tasas de las comorbilidades. ▪ Referencia oportuna.
Metodología	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: 19 Guías seleccionadas: tres del periodo 2000-2008 ó actualizaciones realizadas en este periodo Revisiones sistemáticas Ensayos controlados aleatorizados Reporte de casos Validación del protocolo de búsqueda por Hospital General de México Adopción de guías de práctica clínica internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *
Método de validación y adecuación	Método de validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación interna: Instituto Nacional de Pediatría Revisión interinstitucional: IMSS, DIF
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
Registro y actualización	Catálogo maestro de guías de práctica clínica:SSA-025-08 FECHA DE ACTUALIZACIÓN a partir del registro 2 a 3 años

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. ¿Qué es el índice de masa corporal?
2. ¿Cuándo se considera sobrepeso y obesidad?
3. ¿Cuáles son las recomendaciones básicas para prevenir el sobrepeso y obesidad?
4. ¿Cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad?
5. ¿cuáles son las co-morbilidades del sobrepeso y obesidad?
6. ¿Cuáles son parámetros clínicos a considerar en la búsqueda de co-morbilidades?
7. ¿Cuáles son los exámenes básicos de laboratorio y gabinete que se deben realizar para el diagnóstico de las co-morbilidades?
8. ¿Cuáles son las recomendaciones específicas para individuos con sobrepeso y obesidad?
9. ¿Cuáles son los criterios de referencia al segundo o tercer nivel de atención?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

El sobrepeso y obesidad infantil son un problema de salud pública creciente en todo el mundo. En años recientes se ha observado un incremento de su prevalencia no sólo en países desarrollados, sino también en países en vías de desarrollo como México. En nuestro país, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2006 (ENSANUT 2006) reporta una prevalencia de 26% de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años de edad, que equivalen alrededor de 4'158,800 escolares en el ámbito nacional, lo que representa un incremento de 39.7% en siete años (ENN 1999: 18.6%). En cuanto a la prevalencia en adolescentes de 12 a 19 años de edad, de 1999 a 2006, se observa un incremento en sobrepeso de 21.6 a 23.3 (7.8%) y en obesidad de 6.9 a 9.2 (33.3%).

A nivel mundial se han tomado medidas preventivas para reducir los índices tan elevados de sobrepeso y obesidad, dentro éstas destacan mejorar los hábitos alimenticios, realizar ejercicio físico y disminuir las horas de sedentarismo (inactividad). Este tipo de medidas disminuyen las complicaciones derivadas del sobrepeso y obesidad, como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, o problemas psicoafectivos, entre otros.

El tratarse de un problema de salud pública justifica la urgencia de aplicar medidas conducentes a la prevención y diagnóstico del sobrepeso y obesidad en los escolares y adolescentes, así como a la detección temprana de sus comorbilidades para una referencia oportuna, lo anterior con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de quienes padecen este problema de salud.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica "**Prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención**", forma parte de las guías que integrarán el Catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción 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 niveles de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Disminuir las tasas de incidencia y prevalencia de sobrepeso y obesidad.
- Incrementar la tasa de diagnóstico temprano.
- Identificación oportuna de comorbilidades.
- Reducción de las tasas de las comorbilidades.
- Referencia oportuna.

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 obesidad (CIE 10 C66 Obesidad) es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que se puede prevenir. Es un proceso que suele iniciarse en la infancia o adolescencia y se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. En su origen se involucran factores genéticos y ambientales que generan un trastorno metabólico, que a su vez conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal sobrepasando el valor esperado según el **índice de masa corporal** IMC para el género y edad del sujeto.

Algunas definiciones de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes no han sido basadas en el riesgo de morbilidad y son arbitrarias. Existe consenso general de que una relación del IMC con la edad se debe de utilizar. La obesidad infantil ha sido definida considerando la relación entre el peso total y la talla estimada, mediante el IMC (peso expresado en kilogramos /talla expresada en metros al cuadrado). El Sobrepeso se establece a partir del percentil 85 del IMC y la Obesidad a partir del percentil 95. La circunferencia abdominal puede ser utilizada para evaluar el riesgo cardiovascular en niños y adolescentes.

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

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1 PROMOCIÓN A LA SALUD

4.1.1.1 ESTILO DE VIDA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E El IMC resulta de dividir el peso expresado en kilogramos entre la estatura en metros al cuadrado (Peso [kg]/Talla [m] ²).	3 Fuerte evidencia (acción que puede aplicarse a más individuos en más circunstancias). Estudios observacionales (estudio cohorte prospectivo, caso control, serie de casos). <i>Canadian clinical practice Guidelines, 2006</i>
E El IMC está significativamente asociado con la grasa corporal en niños y adolescentes.	III-3 Evidencia obtenida de estudios comparativos con control histórico, estudios de dos o mas brazos o series interrumpidas en el tiempo con un grupo control paralelo <i>Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003</i>
R El IMC es una medida razonable de adiposidad en niños y adolescentes y es un sustituto fácil de determinar. Se deben realizar estudios para correlacionar la morbilidad actual con el IMC en niños y adolescentes.	C Evidencia obtenida de estudios comparativos con control histórico, estudios de dos o mas brazos o series interrumpidas en el tiempo con un grupo control paralelo. <i>Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003</i>

4.1.1.2 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Resultados publicados de programas de manejo de peso que usaron modificación en la dieta, incremento en la actividad física y cambios en el estilo de vida, mostraron cambios modestos en niños y adolescentes en el mediano y largo plazo. La mayoría de estos estudios se limitan a la investigación de unos pocos grupos, principalmente en virtud de las condiciones de la investigación clínica. Estos estudios proporcionan la dirección para hacer más universales las estrategias de manejo, pero todavía no hay pruebas de que tales programas tengan éxito en el contexto de la comunidad y de la atención primaria. Las contribuciones relativas a la dieta, al ejercicio y a la de modificación de la conducta no pueden determinarse.	III-1 Evidencia obtenida de estudios bien diseñados, controlados, pseudo randomizados (alternando asignación o cualquier otro método). <i>Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003</i>

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.1 DETECCIÓN

4.2.1.1 FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

3

E

El IMC resulta de dividir el peso expresado en kilogramos entre la estatura en metros al cuadrado.

Fuerte evidencia (acción que puede aplicarse a más individuos en más circunstancias). Estudios observacionales (estudio cohorte prospectivo, caso control, serie de casos). *Canadian clinical practice. Guidelines, 2006*

III-3

E

IMC está significativamente asociado con la grasa corporal en niños y adolescentes.

Evidencia obtenida de estudios comparativos con control histórico, estudios de dos o mas brazos, con un grupo control paralelo. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003*

R

El IMC es una medida razonable de adiposidad en niños y adolescentes, y es un sustituto fácil de determinar.

Evidencia obtenida de estudios comparativos con control histórico, estudios de dos o mas brazos, con un grupo control paralelo. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003*

C

E

Existe una predisposición genética a la obesidad. Los padres con obesidad son un factor de riesgo para que el niño desarrolle obesidad.

Evidencia obtenida de estudios comparativos con controles y estudios de cohorte. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003*

III-2

R

Siempre que un niño sufre de obesidad, habrá que determinar si otro miembro de la familia tiene sobrepeso u obesidad.

Estudios randomizados y controlados de baja calidad o estudios de alta calidad no randomizados. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003*

B

E

Los datos, principalmente de América, indican una correlación positiva entre las horas de ver televisión y el sobrepeso. La correlación es más fuerte en niños mayores y adolescentes, aclarando como baja menos de dos horas y como alta más de cinco horas de ver televisión por día. Se esperan estudios de otras formas de entretenimiento en pantallas.

Evidencia obtenida de estudios comparativos con controles y estudios cohorte. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003*

III-2

R

El ver televisión es un factor de riesgo modificable por lo que debe de ser evaluado.

Estudios randomizados y controlados de baja calidad o estudios de alta calidad no randomizados. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003*

B

R	<p>La relación entre la actividad física y grasa corporal necesita ser mejor entendida en términos fisiológicos, al igual que los efectos metabólicos per sé de la actividad física en la infancia. Esto necesita ser tomado en cuenta cuando se esté evaluando y planeando la actividad física en el manejo de la obesidad.</p>	<p>D No evidencia. Datos obtenidos en panel de expertos. <i>Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003</i></p>
E	<p>La reducción de actividad física y del gasto de energía, con el tiempo puede jugar un papel en el aumento de peso.</p>	<p>III-3 Evidencia obtenida de estudios comparativos con control histórico, dos o más estudios de un solo brazo, con un grupo control. <i>Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003</i></p>
R	<p>La actividad física y gasto de energía es un factor de riesgo modificable por lo que debería evaluarse.</p>	<p>C Evidencia limitada. <i>Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003</i></p>
E	<p>La mayoría de los estudios de cohorte sostienen que la lactancia materna es un factor de protección contra el subsecuente sobrepeso.</p>	<p>III-3 Evidencia obtenida de estudios comparativos con control histórico, dos o más estudios de un solo brazo, con un grupo control <i>Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003</i></p>
R	<p>La lactancia materna confiere una serie de ventajas y debe promoverse como el método de alimentación infantil de elección.</p>	<p>B Estudios randomizados y controlados de baja calidad o estudios de alta calidad no randomizados. <i>Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003</i></p>
E	<p>La evidencia de que una ingesta de grasas en la dieta es un riesgo para obesidad en niños y adolescentes es mínima.</p>	<p>IV Evidencia obtenida en serie de casos ya sea preprueba o postprueba. <i>Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003</i></p>
E	<p>Los padres influyen en el tipo de alimentación y otras conductas alimentarias en sus hijos. Un desorden alimentario en los padres puede estar asociado con exceso de peso en los niños.</p>	<p>III-3 Evidencia obtenida de estudios comparativos con control histórico, dos o más estudios single-arm, con un grupo control. <i>Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003</i></p>
R	<p>Los estilos no saludables de alimentación de los padres pueden influir en el peso de los niños. Los estilos de alimentación de la familia deben de ser evaluados.</p>	<p>C Evidencia limitada. <i>Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003</i></p>
E	<p>Existe evidencia en estudios de población que el rebote temprano de peso (cuatro a seis años de edad) está asociado con un alto IMC en adolescentes y adultos.</p>	<p>III-3 Evidencia obtenida de estudios comparativos con control histórico, dos o más estudios single-arm, con un grupo control <i>Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003</i></p>

III-3

E

Hay una significativa asociación entre el alto peso al nacer y el alto peso en la infancia.

Evidencia obtenida de estudios comparativos con control histórico, dos o más estudios single-arm, con un grupo control. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003*

III-3

E

Los niños pequeños para la edad gestacional al crecer estarán en riesgo de obesidad infantil.

Evidencia obtenida de estudios comparativos con control histórico, dos o más estudios single-arm, con un grupo control. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003*

R

Registrar y considerar importante cualquier cambio en el IMC que le ubique en un canal percentilar superior al previo, particularmente en asociación con otros riesgos de obesidad en los niños y adolescentes.

C

Evidencia limitada. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003*

III-3

E

El nivel socio-económico no es un factor de riesgo para sobrepeso y obesidad en los niños y adolescentes.

Evidencia obtenida de estudios comparativos con control histórico, dos o más estudios single-arm, con un grupo control *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003*

4.2.1.2 TAMIZAJE

Evidencia / Recomendación

E

La eficacia del IMC como herramienta de cribado para identificar a los niños con obesidad ha sido correctamente evaluada al compararla con la hidrodensitometría, la dilución de isótopos estables de deuterio y oxígeno O¹⁸.

Nivel / Grado

2 ++

Revisión sistemática de alta calidad de casos control y estudios de cohorte. Con muy bajo riesgo de confusión y alta probabilidad de relación causal.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. A National Clinical Guideline, 2003

R

Un IMC por encima de la percentil 85 y menor de 95 es indicativo de sobrepeso.

C

Evidencia que incluye estudios validados 2+ directamente aplicable a la población blanco y demostrando consistencia de los resultados o evidencia extrapolada a estudios 2++

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. A National Clinical Guideline, 2003

R

Un IMC por encima de la 95 percentil es indicativo de obesidad.

C

Recomendaciones por consenso, beneficios no claros sin riesgo.

Canadian clinical practice. Guidelines, 2006

C

Prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención

R

Debe señalarse que esta definición de sobrepeso y obesidad es arbitraria y que una definición más apropiada es necesaria, pero todavía no está disponible.

Recomendaciones por consenso, beneficios no claros sin riesgo.

Canadian clinical practice. Guidelines, 2006

R

Hay necesidad de desarrollar con el IMC, tablas y gráficos locales de crecimiento para su uso en nuestra población.

C

Recomendaciones por consenso, beneficios no claros sin riesgo.

Canadian clinical practice. Guidelines, 2006

4.2.1.3 HISTORIA CLÍNICA

Evidencia / Recomendación

R

A pesar del poco significado médico de malestares físicos, como alteraciones músculo-esqueléticas, intolerancia al calor y dificultad respiratoria, estos parecen tener un efecto negativo en el estilo y la calidad de vida de los niños y adolescentes obesos.

Nivel / Grado

D

No evidencia, datos aportados por panel de expertos.

Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003

4.2.2 LIMITACIÓN DEL DAÑO

4.2.2.1 TRATAMIENTO OPORTUNO Y ADECUADO

4.2.2.1.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación

R

Debido a la falta de datos sobre los daños a corto y largo plazo, la sibutramina debe ser utilizada en adolescentes obesos con comorbilidad únicamente en un centro especializado y sólo cuando hay una expectativa razonable de riesgo beneficio.

Nivel / Grado

D

No evidencia, datos aportados por panel de expertos.

Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003

E

Los datos de los ensayos no controlados a corto plazo sugieren que el orlistat puede ayudar a la pérdida de peso en adolescentes obesos.

IV

Evidencia obtenida en serie de casos ya sea preprueba o postprueba.

Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003

R

Debido a la escasez de datos sobre los daños en el corto y largo plazo, el orlistat debe ser utilizado en adolescentes obesos con comorbilidad únicamente en un centro especializado y sólo cuando hay una expectativa razonable de riesgo-beneficio. Son necesarios ensayos clínicos bien diseñados del uso de orlistat en adolescentes obesos con comorbilidad.

C

Evidencia obtenida de serie de casos. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.*

E

La metformina parece tener un papel potencial en el tratamiento de adolescentes obesos no diabéticos hiperinsulinémicos y/o con datos clínicos de resistencia a la insulina.

IV

Evidencia obtenida en serie de casos ya sea preprueba o postprueba. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.*

R

Considerar el tratamiento con metformina en adolescentes obesos hiperinsulinémicos con historia familiar de diabetes.

C

Evidencia obtenida de serie de casos. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.*

4.2.2.1.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Las pruebas de que las dietas muy bajas en calorías producen el beneficio de pérdida de peso en largo plazo no tienen resultados claros.

IV

Evidencia obtenida en serie de casos ya sea preprueba o postprueba. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.*

R

Después de terminar un periodo de dieta con bajo consumo calórico, se debe continuar con un plan de mantenimiento para el control de peso.

C

Evidencia obtenida en serie de casos ya sea preprueba o postprueba. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.*

4.2.2.1.3 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Hay pruebas de que la cirugía gástrica restrictiva y la cirugía de bypass inducen una pérdida de peso en los adolescentes y una reducción de las comorbilidades relacionadas con obesidad, comparable a lo que se encuentra en estudios de adultos.

En general, la información existente es escasa, y los datos del seguimiento a largo plazo son limitados. No todas las experiencias son significativas de pérdida de peso y no hay datos para sugerir que será un éxito. La morbilidad post-operatoria es común.

La cirugía bariátrica podría ser considerada como la última opción posible en adolescentes severamente obesos y con obesidad relacionada a comorbilidad. Este procedimiento debe llevarse a cabo sólo en un centro quirúrgico con experiencia, tras extensas consultas y largos períodos de educación del paciente y su familia y con evaluación psicológica completa. Debe ser obligatorio continuar los cuidados postoperatorios en un servicio experimentado en el manejo del peso.

R

IV

Evidencia obtenida en serie de casos ya sea preprueba o postprueba. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.*

C

Evidencia obtenida en serie de casos ya sea preprueba o postprueba. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003*

4.2.3 PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Los marcadores antropométricos y la medición directa de la grasa central en niños y adolescentes se correlacionan positivamente con el riesgo cardiovascular.

La circunferencia de cintura representa el mejor parámetro clínico de obesidad troncal, por lo tanto del riesgo metabólico en niños y adolescentes. Puede ser útil para valorar el control de peso.

R

Se deben desarrollar tablas que relacionen circunferencia de cintura con el IMC para el uso estándar en la práctica clínica.

Las investigaciones para determinar la asociación entre sobrepeso y obesidad, particularmente con el exceso de grasa abdominal en niños y adolescentes y sus efectos adversos en salud, deberían ser prioritarias.

E

La autoestima ha sido medida de diferentes maneras y en diferentes grupos. En conjunto la evidencia sugiere que el sexo femenino y el incremento de edad están asociados a menor autoestima en niños y adolescentes obesos.

R

Es frecuente que la función psicosocial esté alterada en los niños y adolescentes obesos por lo que requieren apoyo psicológico. El impacto social de ser un niño o adolescente obeso necesita ser estudiado.

E

Los factores de riesgo cardiovascular y obesidad ocurren desde la niñez y continúan en el adulto joven.

La presencia de factores de riesgo cardiovascular en los padres, predice la presencia de factores de riesgo en los hijos.

III-2

Evidencia obtenida de estudios comparativos con controles y asignación no aleatorizada (estudios de cohorte), estudios de casos y controles, o series interrumpidas en el tiempo con un grupo control

Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.

B

Evidencia obtenida de estudios comparativos con controles y asignación no aleatorizada (estudios de cohorte), estudios de casos y controles, o series interrumpidas en el tiempo con un grupo control

Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.

III-3

Evidencia obtenida de estudios comparativos con controles históricos de estudios de dos o mas brazos o series interrumpidas con un grupo control paralelo.

Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.

B

Evidencia obtenida de estudios comparativos con controles históricos de estudios de dos o mas brazos o series interrumpidas con un grupo control paralelo.

Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.

III-2

Evidencia obtenida de estudios comparativos con controles y asignación no aleatorizada (estudios de cohorte), estudios de casos y controles, o series interrumpidas en el tiempo con un grupo control

Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003

R

Debe considerarse un perfil de lípidos en ayuno en niños y adolescentes obesos, particularmente en aquellos que tengan historia familiar de riesgo cardiovascular.

E

La prevalencia de diabetes mellitus 2 (DM2) está aumentando en niños y adolescentes y puede estar asociada al aumento de peso en estas poblaciones.

R

Debe considerarse la medición de insulina y glucosa en ayuno en los niños y adolescentes obesos, particularmente aquellos con acantosis nigricans e historia familiar de DM2, con el propósito de establecer una asociación entre el incremento de la prevalencia de obesidad en niños y adolescentes y el aumento en la incidencia de DM2 en estos grupos de edad.

E

La obesidad en la niñez y adolescencia está significativamente asociada a comorbilidades, que deterioran la salud física.

R

Los diagnósticos como apnea obstructiva del sueño, esteatosis hepática, DM 2, desplazamiento epifisiario y ovarios poliquísticos parecen ser más frecuentes en niños y adolescentes obesos.

E

Las evidencias sugieren que una gran proporción de niños y adolescentes, particularmente mujeres, realizan prácticas dietéticas no saludables para autorregular el peso; dichas prácticas son más comunes en aquellos que tienen sobrepeso.

B

Evidencia obtenida de estudios comparativos con controles y asignación no aleatorizada (estudios de cohorte), estudios de casos y controles, o series interrumpidas en el tiempo con un grupo control
Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.

III-2

Evidencia obtenida de estudios comparativos con controles y asignación no aleatorizada (estudios de cohorte), estudios de casos y controles, o series interrumpidas en el tiempo con un grupo control
Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003

B

Evidencia obtenida de estudios comparativos con controles y asignación no aleatorizada (estudios de cohorte), estudios de casos y controles, o series interrumpidas en el tiempo con un grupo control
Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003

IV

Evidencia obtenida en serie de casos ya sea preprueba o postprueba. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.*

IV

Evidencia obtenida de serie de casos ya sea preprueba o postprueba. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.*

III-2

Evidencia obtenida de estudios comparativos con controles y asignación no aleatorizada (estudios de cohorte), estudios de casos y controles, o series interrumpidas en el tiempo con un grupo control
Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.

R

Los trastornos de la alimentación pueden tener un papel relevante en niños y adolescentes con obesidad, por lo que deben ser detectados y tratados antes y durante los programas de manejo del peso.

B
Evidencia obtenida de estudios comparativos con controles y asignación no aleatorizada (estudios de cohorte), estudios de casos y controles, o series interrumpidas en el tiempo con un grupo control
Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.

R

La reducción del riesgo cardiovascular es un éxito adicional a la disminución del peso, deben de formar parte de la evaluación de cualquier programa para el manejo del peso en niños y adolescentes.

B
Evidencia obtenida de estudios comparativos con controles y asignación no aleatorizada (estudios de cohorte), estudios de casos y controles, o series interrumpidas en el tiempo con un grupo control
Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.

4.3 PREVENCIÓN TERCIARIA 4.3.1 REHABILITACIÓN

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

A largo plazo los niños pueden tener un mayor grado de éxito con el manejo de peso que los adultos. No hay datos similares para los adolescentes.

III-2
Evidencia obtenida de estudios comparativos con controles y asignación no aleatorizada (estudios de cohorte), estudios de casos y controles, o series interrumpidas en el tiempo con un grupo control
Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.

R

En el niño con obesidad, el control de peso debe iniciar en la infancia, no ser aplazado hasta la adolescencia o edad adulta. La pérdida absoluta de peso generalmente no es necesaria en niños pequeños, sólo se requiere mantenimiento hasta que el peso se acerque a la altura potencial, usando las tablas de crecimiento normal.

C
Evidencia obtenida de estudios comparativos con controles y asignación no aleatorizada (estudios de cohorte), estudios de casos y controles, o series interrumpidas en el tiempo con un grupo control
Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.

E

Los estudios publicados de programas de control de peso que usaron modificación en la dieta, incremento en la actividad física y cambios en el estilo de vida, mostraron cambios modestos en niños y adolescentes a mediano y largo plazo. Sin embargo la mayoría de estos estudios se limitan a la investigación en pocos grupos. Estos estudios proporcionan información para hacer más universales las estrategias de manejo, aunque no hay pruebas de que tales programas tengan éxito en el contexto de la comunidad y de la atención primaria.

Las contribuciones relativas de la dieta, el ejercicio y la de modificación de la conducta no pueden determinarse.

R

Hacer uso de todos los componentes convencionales para el manejo del peso: modificación de la dieta, aumento de la actividad física, disminución de la actividad sedentaria, participación de la familia y modificación de la conducta, a pesar de que la importancia relativa de cada uno de los componentes.

Se necesitan con urgencia en nuestro país estudios de intervención, prácticos y bien diseñados, para aplicarse en niños y adolescentes obesos, cuyos resultados puedan traducirse en la práctica clínica habitual.

E

Los resultados de los estudios acerca del aumento vigoroso de la actividad física para favorecer la pérdida de peso en niños o adolescentes son limitados, aunque puede ser eficaz por sí mismo.

III-1

Evidencia obtenida de estudios bien diseñados, controlados, pseudo randomizados (alternando asignación o cualquier otro método). *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.*

B

Estudios randomizados y controlados de baja calidad o estudios de alta calidad no randomizados. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.*

III-2

Evidencia obtenida de estudios comparativos con controles y estudios de cohorte, estudio de casos-controles. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.*

R

Se debe prescribir mayor actividad física de la ya realizada por los niños y adolescentes en el tratamiento de la obesidad. Dado que no hay pruebas en cuanto a la cantidad, intensidad o tipo de ejercicio que se debe prescribir, y porque se sabe que en un niño la actividad y el tipo juego varía de acuerdo con edad y etapa de desarrollo, la actividad física debe hacerse acorde con la edad e IMC.

B

Evidencia obtenida de estudios comparativos con controles y estudios de cohorte, estudio de casos-controles.

Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003

E

Hay pruebas de que a corto plazo, la reducción del sedentarismo en niños obesos es tan eficaz para el manejo del peso, como el aumento de la actividad física.

III-3

Evidencia obtenida de estudios comparativos con control histórico, dos o más estudios de un solo brazo, con un grupo control. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.*

R

En el control de la obesidad en los niños y adolescentes se debe reducir el tiempo que dedican cada día a los comportamientos sedentarios.

C

Evidencia limitada. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.*

Es necesario investigar cuál sería la mejor recomendación para reducir los comportamientos sedentarios en niños y adolescentes obesos.

E

Hay evidencia de que los programas de control de peso para niños y adolescentes en los que se involucran a los padres logran mejores resultados que los programas que no lo hacen. También hay pruebas de que un programa que involucra sólo a los padres de niños de edad escolar, no es mejor que uno en el que también se requiera la asistencia regular de los hijos.

III-2

Evidencia obtenida de estudios comparativos con controles y estudios de cohorte. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.*

R

Involucrar a los padres en el manejo del sobrepeso y obesidad en niños y los adolescentes. Los padres pueden modificar sustancialmente los entornos, especialmente para los niños de edad escolar primaria.

B

Estudios randomizados y controlados de baja calidad o estudios de alta calidad no randomizados. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003*

Es necesario identificar el papel que tiene la crianza en el tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes.

R

Planear la frecuencia de las visitas clínicas, haciendo conciencia de que el manejo de la obesidad en los niños y adolescentes es una intervención de mediano a largo plazo.

E

Los resultados de algunas pruebas son limitados acerca de un programa de manejo del peso para los niños y adolescentes pueda ser realizado en escenarios diversos y lograr resultados similares. La mayoría de estos programas utilizan un formato de dinámica grupal.

R

El manejo del peso en niños y adolescentes no debe limitarse a un entorno hospitalario. Es necesario identificar los programas de manejo del peso que pueden ser utilizados efectivamente en diferentes entornos.

E

Las dietas muy bajas en calorías producen una rápida pérdida de peso en los adolescentes.

R

La prescripción de dietas muy bajas en calorías en adolescentes sólo debe de llevarse a cabo por especialistas en el manejo de la obesidad y nunca será la terapia indicada para los niños.

D

No evidencia, datos obtenidos por panel de expertos. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.*

III-3

Evidencia obtenida de estudios comparativos con control histórico, dos o más estudios de un solo brazo, con un grupo control. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.*

C

Evidencia limitada. *Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.*

III-2

Evidencia obtenida de estudios comparativos y asignación no aleatorizada (estudios de cohorte), estudios de casos-controles. *Clinical Practice Guidelines Australia, 2003.*

B

Evidencia obtenida de estudios comparativos y asignación no aleatorizada (estudios de cohorte), estudios de casos-controles *Clinical Practice Guidelines Australia, 2003*

4.4 CRITERIOS DE REFERENCIA

Evidencia / Recomendación

E

Hay anomalías monogénicas que determinarán obesidad en un futuro.

R

Los niños menores de cinco años con obesidad severa deben ser referidos con el especialista para descartar anomalías genéticas.

Nivel / Grado

III-2

Evidencia obtenida de estudios comparativos y asignación no aleatorizada (estudios de cohorte), estudios de casos-controles *Clinical Practice Guidelines Australia, 2003.*

B

Evidencia obtenida de estudios comparativos y asignación no aleatorizada (estudios de cohorte), estudios de casos-controles *Clinical Practice Guidelines Australia, 2003*

E

Existen síndromes congénitos que asocian un coeficiente intelectual bajo con obesidad.

III-3

Evidencia obtenida de estudios comparativos con control histórico de estudios de dos o mas brazos o series interrumpidas en el tiempo con un grupo control paralelo.

Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.

R

Un niño con obesidad, discapacidad intelectual y múltiples anormalidades físicas debe ser evaluado por un pediatra, un endocrinólogo y/o un genetista.

C

Evidencia obtenida de estudios comparativos con control histórico de estudios de dos o mas brazos o series interrumpidas en el tiempo con un grupo control paralelo.

Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.

E

La asociación de obesidad, falla en el crecimiento y/o desarrollo debe de alertar al clínico acerca de probables endocrinopatías.

III-2

Evidencia obtenida de estudios comparativos y asignación no aleatorizada (estudios de cohorte), estudios de casos-controles

Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.

R

Los niños y adolescentes obesos que tienen retraso en su crecimiento y desarrollo deben de ser referidos con el pediatra y/o endocrinólogo.

B

Evidencia obtenida de estudios comparativos y asignación no aleatorizada (estudios de cohorte), estudios de casos-controles

Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.

E

La lesión o daño en hipotálamo puede ocasionar obesidad severa en los niños y adolescentes.

III-2

Evidencia obtenida de estudios comparativos y asignación no aleatorizada (estudios de cohorte), estudios de casos-controles

Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.

R

Las condiciones que causan obesidad hipotalámica son raras y deben de referirse al tercer nivel.

B

Evidencia obtenida de estudios comparativos y asignación no aleatorizada (estudios de cohorte), estudios de casos-controles

Clinical Practice Guidelines. Australia, 2003.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. *Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children* (2006). CMAJ 2007; 176(8suppl):S1-13. www.cmaj.ca/cgi/content/full/176/8/S1/DC1.
2. *Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in children and adolescents* (2003). Australia. www.obesityguidelines.gov.au.
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Management of obesity in children and young people*. A National Clinical Guideline (2003). www.sign.ac.uk

6. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de los Servicios Estatales de Salud de Coahuila y del Hospital del Niño de Saltillo "Dr. Federico Gómez Santos"-DIMELER CHRYSLER las gestiones realizadas para que el personal adscrito al Grupo de Trabajo que desarrolló la presente Guía; asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, y actividades para la integración de guías, 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
Dr. Domingo Antonio Ocampo	
Dra. Lorraine Cárdenas Hernández	Asesores de Guías de Práctica Clínica
Dr. Luis Agüero y Reyes	
Dr. Eric Romero Arredondo	
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación documental
Lic. Ana María Otero Prieto	Comunicación y logística
Lic. Margarita Isela Rivera Ramos	Diseño gráfico
Ing. David Felipe Mares Silva	Revisión editorial
Ing. Laura Alejandra Vélez Ruíz Gaitán	Revisión editorial
Lic. Alejandra Thomé Martínez	Revisión editorial

8. DIRECTORIO

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. 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 Morin
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles
González Garza
Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco
Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General.

Servicios de Salud del Estado de Coahuila.

Dr. Raymundo S. Verduzco
Rosán.

Hospital del Niño de Saltillo "Dr. Federico Gómez Santos"-

DYMLER CHRYSLER
Dr. Fernando Gaytán Ramírez.

Colegio de Nutrición Clínica Y Obesidad de Coahuila, A.C.

Dr. Jesús Angel Padilla Gámez.

9. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Innovación y Calidad y Presidenta del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Avila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada Médico Cirujano Víctor Manuel Rico Jaime Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
CONTRALMIRANTE SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. de las Mercedes Gómez Mont Urueta Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Octavio Rodrigo Martínez Pérez Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua	Titular 2009-2010
Dra. Elvia E. Patricia Herrera Gutiérrez Secretaría de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Durango	Titular 2009-2010
Dr. Ramón Armando Luna Escalante Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Michoacán	Titular 2009-2010
Acad. Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud de CENETEC y Secretario Técnico del Comité Nacional de GPC	Secretario Técnico