

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

CIRCUNCISIÓN

Evidencias y recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: SSA-289-10

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

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

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

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

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento 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: **Circuncisión; México: Secretaría de Salud; 2010.**

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

ISBN en trámite

CIE 10: 64.0 Circuncisión.**GPC: Circuncisión****Coordinador:**

Dr. Mario Salomón Velázquez

Especialista en
medicina Familiar**Instituto de servicios de
salud del estado de Baja
California Sur**Jefe de enseñanza y
calidad estatal. BCS**Autores:**M en C. Andrea Socorro Álvarez
VillaseñorMaestra en ciencias
médicas. Especialista
en cirugía general**Benemérito Hospital
General con especialidades
Juan María de Salvatierra**

Gestor de calidad

Dr. José Juan Agundez Meza

Especialista en cirugía
General, Cirujano
trasplantólogoJefe del servicio de cirugía
general

Dra. Silvia Hernández Meneses

Residente de 3er año
de la especialidad de
Cirugía General

Servicio de Cirugía General

Asesor:

Eric Romero Arredondo

Cirujano general

CENETECCoordinador sectorial
GPC**Validación Interna:**Dr. Alejandro Amador Silva
Dr. Jorge Beltrán MinjarezCirujano pediatra
Cirujano urólogo**Benemérito Hospital
General con especialidades
Juan María de Salvatierra.
BCS**

Servicio de Cirugía general.

Validación Externa:**Academia Nacional de
Medicina**

ÍNDICE

1. Clasificación	1
2. Preguntas a responder por esta guía	1
3. Aspectos generales	1
3.1 Justificación	1
3.2 Objetivo de esta guía.....	1
3.3 Definición	1
4. Evidencias y recomendaciones	1
4.1 Indicaciones de circuncisión.....	1
4.1.1 Recién nacido	1
4.1.2 Edad pediátrica	1
4.1.3 Adultos	1
4.3 técnica quirúrgica y anestésica	1
4.4 Cuidados postoperatorios	1
4.5 Circuncisión y neoplasias	1
4.5.1 cáncer de pene	1
4.5.2 Cáncer de cérvix.....	1
4.6 Circuncisión y enfermedades de transmisión sexual	1
4.6.1 VIH SIDA	1
4.6.2 Otras enfermedades.....	1
4.7. Complicaciones de la circuncisión	1
4.8 Circuncisión en México	1
5. Anexos.....	1
5.1 Protocolo de búsqueda.....	1
6. Bibliografía	1
7. Agradecimientos.....	1
8. Comité académico	1
9. Directorio	1
10. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica	1

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo maestro: SSA-289-10	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Cirujano general Cirujano pediatra Urólogo Pediatra Urólogo pediatra
CLASIFICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO	Circuncisión CIE-9 64.0
CATEGORÍA DE GPC	Segundo y tercer nivel de atención Prevención
USUARIOS POTENCIALES	Cirujano general Cirujano pediatra Urólogo Pediatra Urólogo pediatra
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Gobierno Federal Secretaría de Salud de Baja California Sur Benemérito Hospital General Juan María de Salvatierra
POBLACIÓN BLANCO	Hombres recién nacidos, en edad pediátrica y adultos
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR	Gobierno Federal Instituto de servicios de salud del Estado de Baja California Sur
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Consejería y educación para el paciente Consejería y educación para el médico especialista
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Contribuir con: Mejorar el criterio quirúrgico sobre las indicaciones de la circuncisión
METODOLOGÍA¹	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: 18 Guías seleccionadas: seis del periodo 1999 -2009 ó actualizaciones realizadas en este período Revisión sistemáticas: dos Ensayos controlados aleatorizados: tres Reporte de casos: cero Validación del protocolo de búsqueda por Lic. Cecilia Solís Galicia Adopción de guías de práctica clínica internacionales: seis Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *
MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN	Método de validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación interna: Alejandro Amador Silva Jorge Beltrán Minjarez Validación externa : Academia Nacional de Medicina
CONFLICTO DE INTERÉS	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	Catálogo maestro: SSA-289-10 FECHA DE ACTUALIZACIÓN a partir del registro 2 a 3 años

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

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son las indicaciones de la circuncisión en el recién nacido?
2. ¿Cuáles son las indicaciones de la circuncisión en la edad pediátrica?
3. ¿Cuáles son las indicaciones de la circuncisión en el adulto?
4. ¿Cuáles son los cuidados preoperatorios en circuncisión?
5. ¿Qué técnica quirúrgica y anestésica es más conveniente para realizar la circuncisión en los diferentes grupos de edad?
6. ¿Puede la circuncisión por sí misma disminuir el riesgo de cáncer de pene?
7. ¿Puede la circuncisión por sí misma disminuir el riesgo de cáncer de cérvix, vulva y vagina?
8. ¿Puede la circuncisión por sí misma disminuir el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual incluyendo VIH SIDA?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

La práctica de la circuncisión en los varones se ha descrito desde hace miles de años y es difícil entender la razón de su práctica ancestral, excepto en la religión judía cuyas raíces se extienden a través de su historia como prueba del cumplimiento de las condiciones impuestas por Dios a Abraham para su alianza con el pueblo judío: *“A los ocho días de nacido todo varón será circuncidado en el curso de vuestras generaciones, tanto el nacido en casa como el comprado por dinero a cualquier extranjero que no sea de tu linaje”* (Biblia: Capítulo 17). Hay también evidencias pictóricas de la cultura egipcia y en la historia escrita por Herodoto hace ya 2500 años.

Existen en la actualidad diferentes razones justificadas de manera inconsistente para la realización del procedimiento en los diferentes grupos de edad. Esta guía pretende cubrir los aspectos más relevantes de las dudas que se presentan dentro de la práctica clínica diaria en las diferentes especialidades, no solo las relacionadas con la edad pediátrica; por ello se sustentara el valor de la circuncisión en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, procesos inflamatorios y neoplasias.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica **“Circuncisión”** 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 segundo y tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Reconocer las indicaciones para la realización de la circuncisión en hombres recién nacidos, pediátricos y adultos
- Valorar el uso de este procedimiento en relación de alteraciones urológicas
- Valorar el uso de este procedimiento en relación a la prevención de neoplasias y enfermedades de transmisión sexual
- Utilizar la técnica quirúrgica y anestésica más apropiada al grupo de edad.

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 circuncisión (CIE.9 64.0) en el hombre se define como la remoción quirúrgica de la totalidad o parte del prepucio del pene. Puede practicarse como parte de un ritual religioso, como un procedimiento médico relacionado con infecciones, heridas o anomalías del prepucio (Siegfried N, Cochrane, 2003).

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, citando entre paréntesis su significado. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 INDICACIONES DE CIRCUNCISIÓN

4.1.1 RECIÉN NACIDO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>Al final del primer año de vida, la retracción del prepucio sobre el glande es posible en aproximadamente en 50% de los niños, e incrementa a 89% en los niños de 3 años.</p>	<p>2 (Revisiones de alta calidad de estudios de cohorte o casos y controles, o estudios de casos y controles de alta calidad con poco riesgo de sesgo). <i>Tekgül S, 2009</i></p>
<p>R</p>	<p>No está indicada la circuncisión neonatal de rutina para prevenir el cáncer de pene.</p>	<p>B (Un volumen de Evidencia que incluya estudios calificados como 2++, directamente aplicable a la población blanco, y que demuestren globalmente consistencia en los resultados). <i>Tekgül S, 2009</i></p>
<p>R</p>	<p>Contraindicaciones para la circuncisión son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coagulopatía • Infección local aguda • Malformaciones congénitas del pene (particularmente hipospadias), ya que el prepucio se puede requerir para procedimientos reconstructivos 	<p>B (Un volumen de Evidencia que incluya estudios calificados como 2++, directamente aplicable a la población blanco, y que demuestren globalmente consistencia en los resultados). <i>Tekgül S, 2009</i></p>

4.1.2 EDAD PEDIÁTRICA

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado	
<p>E</p>	<p>El riesgo de infecciones del tracto urinario aumenta en niños no circuncidados. 195 niños necesitan ser circuncidados para prevenir un caso de infección urinaria que requiere admisión hospitalaria.</p>	<p>1+ (Metaanálisis, revisiones sistemáticas con bajo riesgo de sesgos). <i>National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2007</i></p>

E

La incidencia de fimosis es de 8% en niños de 6-7 años de edad y tan solo del 1% en niños de 16-18 años.

2

(Revisiones de alta calidad de estudios de cohorte o casos y controles, o estudios de casos y controles de alta calidad con poco riesgo de sesgo).

Tekgül S, 2008

E

La fimosis es tanto primaria (fisiológica) sin datos de cicatrización, como secundaria (patológica) a cicatrización, como por ejemplo por balanitis xerótica obliterante.

2

(Revisiones de alta calidad de estudios de cohorte o casos y controles, o estudios de casos y controles de alta calidad con poco riesgo de sesgo).

Tekgül S, 2009

E

En niños no circuncidados aumenta el riesgo para infecciones del tracto urinario. Este riesgo puede disminuir con la edad. Un estudio demostró, que en niños menores de 8 semanas no circuncidados había una prevalencia de 12.4%. Otro estudio demostró una prevalencia de 8% en no circuncidados y de 1.2% en niños circuncidados menores de 1 año.

I

(Estudios intervencionistas, ensayos clínicos, estudios observacionales, incluyendo metaanálisis).

American College of Emergency Physicians (ACEP), 2003

E

En niños, el liquen escleroso usualmente afecta el prepucio y puede ocasionar fimosis. Hasta el 80% de los niños con fimosis por liquen escleroso manejados con betametasona por 1 mes, recobran la capacidad retráctil del prepucio.

II-ii

Evidencia obtenida de estudios analíticos de casos y controles y cohorte bien diseñados, preferentemente de más de un centro o grupo de investigación.

Neill SM, 2002

R

Un corticoide tópico potente puede evitar la circuncisión en algunos casos de fimosis.

A

(Hay Buena Evidencia que sustenta el uso del procedimiento).

Neill SM, 2002

R

El manejo quirúrgico para infección urinaria recurrente no está recomendado rutinariamente.

I a

(Revisiones sistemáticas con homogeneidad)
National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2007

R

Una indicación absoluta de circuncisión es la fimosis secundaria. En fimosis primaria las indicaciones son balanopostitis recurrente e infecciones de vías urinarias recurrentes en pacientes con malformaciones del tracto urinario. El simple abultamiento del prepucio durante la micción no es una indicación de circuncisión.

B

(Un volumen de Evidencia que incluya estudios calificados como 2++, directamente aplicable a la población blanco, y que demuestren globalmente consistencia en los resultados).
Tekgül S, 2008

R

La circuncisión en niños tiene una morbilidad apreciable y no debe ser realizada sin una razón médica.

B

(Un volumen de Evidencia que incluya estudios calificados como 2++, directamente aplicable a la población blanco, y que demuestren globalmente consistencia en los resultados).
Tekgül S, 2008

4.1.3 ADULTOS

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado

E

Entre hombres no circuncidados, la fimosis estuvo fuertemente asociada con el desarrollo de cáncer invasor de pene.

2 a

(Evidencia obtenida de un estudio controlado bien diseñado no aleatorizado).
Pizzocaro G, 2009

E

Las lesiones de liquen escleroso aparecen más comúnmente en el prepucio, surco coronal y glande. La presentación clínica comúnmente se presenta con estrechez del prepucio, el cual puede llevar a una fimosis o dolor en la erección. Un reporte documenta que 40% de las fimosis que ocurren en el adulto son secundarias a liquen escleroso, mientras que en otro estudio solo el 11% de los sujetos estudiados presento fimosis severa por liquen escleroso.

III

(Opiniones de autoridades, basadas en experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comités expertos).
Neill SM, 2002

E

En el liquen escleroso, la circuncisión no necesariamente protege contra complicaciones futuras de la enfermedad

III

(Opiniones de autoridades, basadas en experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comités expertos).
Neill SM, 2002

R

El tratamiento de la superficie total del glande, combinado con circuncisión concomitante está fuertemente recomendado para evitar múltiples recurrencias.

A

(Basado en estudios clínicos de buena calidad y consistencia dirigido a recomendaciones específicas e incluye un ensayo aleatorizado).
Pizzocaro G, 2009

R

La circuncisión ayuda a la resolución de las lesiones causadas por la disfunción prepucial.

C

(Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados como 2+ que sean directamente aplicados a la población objeto y que demuestren consistencia global en los resultados).
2008 UK National Guideline on the Management of balanoposthitis, 2009

R

Se ha documentado resultados satisfactorios con circuncisión en liquen escleroso del prepucio.

B

(Existe evidencia lejana que sustenta el uso del procedimiento)
Neill SM, 2002

4.3 TÉCNICA QUIRÚRGICA Y ANESTESICA

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado
<p>E</p> <p>Los recién nacidos muestran respuestas fisiológicas y autonómicas a estímulos, lo que sugiere que experimentan dolor. Existe evidencia que prevenir el dolor es importante.</p>	<p>IV (Consenso de expertos). <i>Canadian Paediatric Society (CPS), 1996</i></p>
<p>E</p> <p>Entre los métodos farmacológicos se encuentra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pre medicación (morfinina o fentanyl) e intubación oro traqueal • Bloqueo del nervio dorsal del pene • Agentes tópicos 	<p>I b (Revisiones sistemáticas, de estudios con riesgo de sesgo, muestras pequeñas). <i>Yamada J, 2008</i></p>
<p>E</p> <p>A los recién nacidos que se les realiza circuncisión sin anestesia presentan incremento del ritmo cardiaco, el llanto prolongado provoca disminución de la tensión transcutánea de oxígeno más que aquellos en</p>	<p>IV (Consenso de expertos) <i>Canadian Paediatric Society (CPS), 1996</i></p>

los que durante el procedimiento se realizo bloqueo del nervio dorsal del pene con lidocaína

E

Catorce ensayos que incluyeron 592 recién nacidos compararon el bloqueo del nervio dorsal del pene (BNDP) con placebo o ningún tratamiento. En comparación con placebo / ningún tratamiento, el BNDP demostró una disminución del tiempo de llanto [DMP -54%; IC del 95%: -64 a -44], un aumento de la saturación de oxígeno [DMP 3,2%; IC del 95%: 2,7 a 3,7] y una disminución de la frecuencia cardíaca [DMP -35 lpm; IC del 95%: -41 a -30] de grado significativo.

1+

(Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos).

Brady-Fryer B, 2006

E

Seis ensayos que incluyeron 190 recién nacidos compararon la mezcla eutéctica de analgésicos (MEAL) con placebo. La MEAL demostró una disminución del tiempo de llanto [DMP -15,8%; IC del 95%: -20,8 a -6,8], una disminución de la frecuencia cardíaca [DMP -15 lpm; IC del 95%: -19 a -10] y una disminución en las puntuaciones de actividad facial [DMP -46,5; IC del 95%: -80,4 a -12,6] de grado significativo.

1+

(Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos).

Brady-Fryer B, 2006

R

El BNDP fue la intervención que se estudió con mayor frecuencia y fue la más eficaz para tratar el dolor asociado con la circuncisión. En comparación con placebo, la MEAL también resultó eficaz, pero no tan eficaz como el BNDP. Al parecer ambas intervenciones son seguras para tratar a los recién nacidos. Ninguna de las intervenciones estudiadas eliminó por completo la respuesta de dolor a la circuncisión.

A

(Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos).

Brady-Fryer B, 2006

E

El BNDP puede tener serias consecuencias, incluyendo, lesiones en la piel. Los agentes tópicos son otra alternativa, pero no tiene efecto después de 45 a 60 minutos de la aplicación, y además pueden causar metahemoglobinemia.

IV

(Consenso de expertos)

Canadian Paediatric Society (CPS), 1996

E	Pocos estudios comparan la analgesia caudal con otros métodos comúnmente disponibles de analgesia en niños sometidos a cirugía de circuncisión. Las pruebas obtenidas de los ensayos pueden no reflejar la práctica actual y se ven limitadas por la escasa cantidad de ensayos y una mala metodología.	2- (Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo). <i>Cyna A, 2008</i>
R	Existe evidencia limitada para elegir el método farmacológico o no farmacológico en el manejo del dolor durante la circuncisión en recién nacidos	B (Revisiones sistemáticas, de estudios con riesgo de sesgo, muestras pequeñas) <i>Yamada, 2008</i>
✓/R	No existe evidencia sobre el manejo anestésico específico en circuncisión para otros grupos etarios.	PBP
✓/R	No existe evidencia que respalde una técnica quirúrgica específica en circuncisión por grupo etario	PBP
✓/R	La técnica quirúrgica específica dependerá de la preferencia y/o entrenamiento del cirujano	PBP

4.4 CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado
E	Existe evidencia que el uso de vaselina en infantes circuncidados entre 8 y 23 meses de edad, disminuye el riesgo de sangrado, estenosis meatal, e infecciones. Además el tiempo de recuperación es menor. (Evidencia obtenida de un ECA, revisión sistemática o meta-análisis de ECA's). <i>Bazmamoun H, 2008</i>

R

El uso de vaselina en el glande y meato después de la circuncisión se considera efectivo para reducir la estenosis meatal post circuncisión y otras complicaciones.

A

(Evidencia obtenida de un ECA, revisión sistemática o meta-análisis de ECA's).
Bazmamoun H, 2008

R

Se recomienda instruir a los padres sobre principios de higiene, aplicación de la vaselina en cada cambio de pañal, y signos de alarma en caso complicaciones.

A

(Evidencia obtenida de un ECA, revisión sistemática o meta-análisis de ECA's).
Bazmamoun H, 2008

4.5 Circuncisión y neoplasias

4.5.1 CÁNCER DE PENE

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado

E

Factores de riesgo para cáncer de pene fuertemente identificados:

- Fimosis
- Balanitis
- Balanopostitis
- Liquen escleroso y atrófico

2 a

(Evidencia obtenida de estudios controlados bien diseñados sin aleatorización, incluye casos y controles)
Pizzocaro G, 2009

E

En hombres no circuncidados en la infancia, la fimosis se asocia fuertemente con el desarrollo de cáncer invasor del pene.

2 a

(Evidencia obtenida de estudios controlados bien diseñados sin aleatorización, incluye casos y controles)
Pizzocaro G, 2009

E

La circuncisión temprana disminuye el riesgo de cáncer de pene de 3 a 5 veces. La circuncisión en la edad adulta, no es factor protector para el cáncer de pene.

2 a

(Evidencia obtenida de estudios controlados bien diseñados sin aleatorización, incluye casos y controles)
Pizzocaro G, 2009

E

Para lesiones limitadas (categoría T1G1) para el prepucio y surco, la excisión local amplia combinada con circuncisión puede proveer un tratamiento adecuado.

2 a

(Evidencia obtenida de estudios controlados bien diseñados sin aleatorización, incluye casos y controles)
Pizzocaro G, 2009

R

La circuncisión está fuertemente recomendada para prevenir recurrencias cuando hay múltiples lesiones e infección por VPH-16. Así como también en la categoría T1G1, con adecuado margen quirúrgico

B

(Basado en estudios clínicos bien realizados, pero sin ensayos clínicos aleatorizados)
Pizzocaro G, 2009

4.5.2 CÁNCER DE CÉRVIX

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado	
E	<p>La circuncisión reduce la prevalencia tanto de DNA-HPV genital y cáncer cervical en la pareja femenina, particularmente en mujeres quienes sus parejas habían tenido una historia sexual de promiscuidad.</p>	<p>4 (Opinión de expertos). <i>Bosch FX, 2005</i></p>
E	<p>Existe la probabilidad de desarrollar cáncer cervical en mujeres que son portadoras de VPH, y que su pareja sexual muestre presencia de DNA del VPH en el pene o la uretra.</p>	<p>4 (Opinión de expertos). <i>Bosch FX, 2005</i></p>
E	<p>Un estudio multicéntrico aleatorizado encontró, que los hombres circuncidados fueron 3 veces menos propensos a portar HVP en el pene que en hombres no circuncidados.</p>	<p>4 (Opinión de expertos). <i>Bosch FX, 2005</i></p>
R	<p>La circuncisión masculina puede proteger a la pareja del desarrollo de cáncer cervical.</p>	<p>D (Opinión de expertos) <i>Bosch FX, 2005</i></p>

4.6 Circuncisión y enfermedades de transmisión sexual

4.6.1 VIH SIDA

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado
<p>E</p>	<p>Se ha asociado, en pacientes infectados con HPV, con otros cánceres entre hombres y mujeres seropositivos HIV incluidos cáncer de células escamosas orofaríngeo y cáncer de pene. Las opciones de prevención para este tipo de cánceres es poco claro. La Circuncisión puede reducir el riesgo del cáncer de pene: sin embargo, los beneficios de la circuncisión para prevenir la infección por HPV y cáncer de pene no ha sido estudiado en ensayos clínicos aleatorizados o entre hombres seropositivos HIV.</p>
<p>R</p>	<p>El Center for Disease Control (CDC) recomienda que cada hombre de manera individual conozca y considere que la circuncisión es una medida preventiva para prevenir el VIH pero:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede traer riesgos y costos agregados a su beneficio potencial • La protección es efectiva solo en el sexo vaginal • Confiere solo protección parcial. Para obtener mayor protección deben agregarse otras medidas (abstinencia, monogamia mutua, disminuir el número de parejas sexuales y un uso correcto y constante del condón).
<p>E</p>	<p>La circuncisión en los hombres heterosexuales está asociada con índices más bajos de infección por VIH. Esta asociación es más contundente en los grupos de alto riesgo de infección por VIH.</p>

IV

(Opinión de expertos)

Centers for Disease Control and Prevention, 2009

D

(Consenso de expertos).

Center for Disease Control HIV/AIDS Science Facts, 2008

2++

(Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohorte, casos y controles, o estudios de cohorte y casos y controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión).
Siegfried N, 2003

R

No se encontró suficiente evidencia para respaldar un efecto benéfico de la circuncisión en el hombre heterosexual sobre el contagio del VIH. Los resultados de estudios observacionales existentes solo muestran una sólida asociación epidemiológica entre la circuncisión y la prevención del VIH en los grupos de alto riesgo.

B

(Un volumen de Evidencia que incluya estudios calificados como 2++, directamente aplicable a la población blanco, y que demuestren globalmente consistencia en los resultados).
Siegfried N, 2003

E

La circuncisión disminuye el riesgo de infección por VIH hasta en un 60%, y esta puede aumentar hasta el 61%, controlando otros factores de riesgo, en población de Sudáfrica.

1++

(Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínico aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgo).
Auvert B, 2005

E

Un estudio reciente en Sudáfrica, concluyo que la circuncisión es menos dolorosa cuando se lleva a cabo en la primera semana de vida en los recién nacidos.

1+

(Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínico aleatorizados con bajo riesgo de sesgo).
AIDS epidemic update 2009

R

El beneficio de la circuncisión para prevenir la infección por VPH y cáncer de pene entre hombres seropositivos no se ha estudiado en ensayos clínicos aleatorizados, por lo tanto no existen recomendaciones para la búsqueda y prevención de lesiones precancerosas o cáncer de pene u oro faríngeo causadas por HPV, entre pacientes infectados por HIV.

D

(Opinión de expertos).
Centers for Disease Control and Prevention, 2009

4.6.2 OTRAS ENFERMEDADES

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado

E

En niños con fimosis por liquen escleroso, se ha demostrado que tratados con betametasona tópica, por un mes regresa la capacidad retráctil del prepucio en un 80%

II-ii

(Evidencia obtenida de estudios de cohorte bien diseñados o estudios analíticos de casos y controles, preferentemente demás de un centro o grupo de investigación).
Neill SM, 2002

R

Un esteroide potente tópico puede evitar la circuncisión en algunos casos de fimosis.

A
(Existe buena evidencia que soporta el uso de este procedimiento).
Neill SM, 2002

E

Los pacientes refractarios al tratamiento tienen como alternativa ser sometidos a circuncisión, cirugía para la estenosis meatal (meatoplastia, uretrotomía). También se ha utilizado vaporización con láser.

IV
(Consenso de expertos).
2008 UK National Guideline on the Management of Balanoposthitis

R

Los procedimientos serán elegidos de acuerdo a la complicación específica, pero deberá tratarse también la enfermedad de la piel que se tiene de base.

C
(Estudios con nivel de Evidencia III, extrapolación de estudios calificados como 2+ o consenso formal).
2008 UK National Guideline on the Management of Balanoposthitis

E

Existe evidencia que la circuncisión en hombres adolescentes heterosexuales reduce significativamente la incidencia de infección de virus herpes simple-2 (25%) y la prevalencia de infección de virus del papiloma humano en un 35%, pero no afecta la incidencia de sífilis.

I
(Evidencia obtenida de un ECA, revisión sistemática o meta-análisis de ECA's).
Tobian AA, 2009

R

La circuncisión puede ser aceptada como una intervención eficaz para reducir en los heterosexuales las infecciones por herpes virus -2 y virus del papiloma humano en hombres adolescentes.

A
(Evidencia obtenida de un ECA, revisión sistemática o meta-análisis de ECA's).
Tobian AA, 2009

R

Se debe promover la práctica del sexo seguro, ya que la protección de la circuncisión es solo parcial

A
(Evidencia obtenida de un ECA, revisión sistemática o meta-análisis de ECA's).
Tobian AA, 2009

E

La circuncisión masculina disminuye el riesgo de vaginitis bacteriana, úlceras vaginales y tricomoniasis en la pareja femenina.

1+
(Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados, o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgo).
Gray RH, 2009

R

La circuncisión masculina debe tomarse en cuenta en programas de salud desde prevención de VIH, infecciones vaginales y como cofactor potencial para prevenir adquirir VIH.

A

(Una revisión sistemática, o un ensayo clínico aleatorizados o un volumen de evidencia categorizado como 1+ que sea directamente aplicable a la población diana).

Gray RH, 2009

4.7. COMPLICACIONES DE LA CIRCUNCISIÓN

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado

E

El riesgo de problemas del pene y circuncisión, se modifica con la edad. En la infancia, los niños circuncidados tienen estadísticamente mayor riesgo de problemas que los niños no circuncidados. Pero entre los niños mayores, los no circuncidados, tienen un porcentaje significativamente mayor de problemas en el pene, incluyendo inflamación y fimosis.

IV

(Consenso de expertos)
Canadian Paediatric Society (CPS), 1996

E

Las complicaciones van de leves a severas. Incluyen sagrado fácilmente controlable, amputación del glande, falla renal aguda, sepsis y raramente la muerte.

IV

(Consenso de expertos).
Canadian Paediatric Society (CPS), 1996

E

La evidencia de complicaciones postoperatorias es desconocida, se reportan desde al 0.2% al 0.6% y en otras series del 0.6% al 55%, se sugiere que la estadística mas real se aproxima entre el 2 al 10%

IV

(Consenso de expertos).
Canadian Paediatric Society (CPS), 1996

R

La circuncisión en niños tiene una morbilidad apreciable y no debe ser realizada sin una razón médica

B

(Un volumen de Evidencia que incluya estudios calificados como 2++, directamente aplicable a la población blanco, y que demuestren globalmente consistencia en los resultados).

Tekgül S, 2008

4.8 CIRCUNCISIÓN EN MÉXICO

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado
 <p data-bbox="404 527 935 583">No deberá realizarse la circuncisión en niños sin indicación médica.</p>	PBP
 <p data-bbox="404 684 935 783">En la edad adulta la indicación médica de la circuncisión es en casos de disfunción prepucial.</p>	PBP
 <p data-bbox="404 827 935 1024">Debido a las diferencias étnicas, culturales y sociales con los países africanos, no podemos extrapolar a nuestro medio, la recomendación de circuncisión como política de salud para prevención de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.</p>	PBP
 <p data-bbox="404 1108 935 1306">La población masculina deberá conocer que la circuncisión solo confiere protección parcial contra el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Debe estar informado que esta protección aumenta con la práctica del sexo seguro.</p>	PBP

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos que fueron obtenidos sobre la temática de **CIRCUNCISIÓN**. La búsqueda se realizó en PubMed, el listado de sitios para la búsqueda de guías de práctica clínica, la biblioteca Cochrane y LILACS.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en idioma inglés o español.
- Publicados durante los últimos 5 años.

Criterios de exclusión:

1. Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema de circuncisión, en PubMed. Las búsquedas fueron limitadas a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término Circuncisión Masculina / Circumcision, Male. Esta etapa de la estrategia de búsqueda no se obtuvo resultados.

Búsqueda	Resultado obtenido
"Circumcision, Male"[mesh] AND ("humans"[MeSH Terms] AND "male"[MeSH Terms] AND (Practice Guideline[ptyp] OR Guideline[ptyp])) AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND ("infant"[MeSH Terms] OR "child"[MeSH Terms] OR "adolescent"[MeSH Terms]) AND ("2005"[PDAT] : "2010"[PDAT]))	0

Algoritmo de búsqueda

1. - Circumcision, Male [Mesh]
2. - Humans [Mesh]
3. - # 1 and # 2
4. - Male [Mesh]
5. - # 3 AND # 4
6. - Practice guideline [ptyp]
7. - Guideline [ptyp]
8. - # 6 OR # 7

9. - # 5 AND # 8
10. - English [Lang]
11. - Spanish [Lang]
12. - # 10 OR # 11
13. - # 9 AND # 12
14. - "infant"[MeSH Terms]
15. - "child"[MeSH Terms]
16. - "adolescent"[MeSH Terms]
17. - # 14 OR # 15 OR # 16
18. - # 13 AND # 17
19. - "2005"[PDAT]: "2010"[PDAT]
20. - # 18 AND # 19
21. - # 1 AND # 2 AND # 4 AND (# 6 OR # 7) AND (# 10 OR # 11) AND (# 14 OR # 15 OR # 16) AND 19

Segunda etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron guías de práctica clínica. De la búsqueda en los diferentes sitios webs se obtuvieron 85 resultados, las búsquedas se realizaron con los términos Circuncisión, Male y Circumcision. A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la guía

Sitio Web	No. de documentos utilizados.
NICE	5
Tripdatabase	2
Canadian Paediatric Society	1
CDC	1
PubMed Central	2
European Association of Urology	2
Biblioteca Salud Reproductiva (OMS)	1
AIDS TREATMENT ADVOCACY PROJECT	1
TOTAL	15

En los siguientes sitios Webs no se obtuvieron resultados:

Agency for HealthCare Research and Quality Clinical Practice Guidelines Archive, Guía Salud, Alberta Medical Association, American College of Physicians. ACP, Australian Government. National Health and Medical Research Council, NZGG, Royal College of Physicians, SIGN, Excelencia Clínica.

Tercera etapa

Se realizó la búsqueda de revisiones sistemáticas en la Biblioteca Cochrane, al buscar "circuncisión" se obtuvieron como resultado 4 revisiones sistemáticas, 1 protocolo y 1 documento de gestión, de las 4 revisiones obtenidas 3 fueron de utilidad para la guía.

También se realizó una búsqueda en LILACS, al buscar "circuncisión" se obtuvieron 66 resultados, después se procedió a buscar como "circuncisión" "revisión" de esta última búsqueda se obtuvieron 5 resultados de los cuales se utilizaron 2 documentos en la guía.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. AIDS epidemic update 2009. www.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700 consultado el 27 de octubre del 2010
2. American College of Emergency Physicians (ACEP) Clinical Policies Committee and the Clinical Policies Subcommittee on Pediatric Fever. Clinical policy for children younger than three years presenting to the emergency department with fever. *Ann Emerg Med* 2003; 42(4): 530-545.
3. Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, Puren A. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 Trial. *PloS Med* 2005 Nov; 2(11):e298.
4. Bazmamoun H, Ghorbanpour M, Mousavi-Bahar SH. Lubrication of circumcision site for prevention of meatal stenosis in children younger than 2 years old. *Urol J* 2008; 5(4): 233-6.
5. Bosch FX, Iftner T. The Aetiology of Cervical Cancer. NHSCSP Publication No 22 September 2005. NHS Cancer Screening Programme. www.cancerscreening.nhs.uk
6. Brady-Fryer B, Wiebe N, Lander JA. Alivio del dolor para la circuncisión neonatal (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
7. Canadian Paediatric Society (CPS). Fetus and newborn Committee. Neonatal circumcision revisited. *CMAJ* 1996; 154(6):769-80.
8. Center for Disease Control HIV/AIDS Science Facts: Male Circumcision and Risk for HIV Transmission and Other Health Conditions: Implications for the United States. Updated February 2008 cdcinfo@cdc.gov <http://www.cdc.gov/hiv> consultado el 28 de octubre 2010.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Human Papillomavirus Disease. *MMWR* 2009; 58(No. RR-#): 68-74.
10. Cyna A, Parsons J, Jha S. Bloqueo epidural caudal versus otros métodos de alivio del dolor postoperatorio para la circuncisión en niños (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
11. Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Nalugoda F, et al. The effects of male circumcision on female partner's genital tract symptoms and vaginal infections in a randomized trial in Rakai, Uganda. *Am J Obstet Gynecol*. 2009 January ; 200(1): 42.e1
12. HIV Transmission: Guidelines for Assessing Risk. Canadian AIDS Society. Fifth Edition. 2004. HIV transmission: guidelines for assessing risk. Consultado el 27 de octubre 2010.
13. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. National Institute for Health and Clinical Excellence. Urinary tract infection in children diagnosis, treatment and long-term management. Clinical Guideline August 2007. www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG54fullguideline.pdf Consultado el 27 de octubre 2010.
14. Neill SM, Tatnall FM, Cox NH. Guidelines for the management of lichen sclerosus. *Br J Dermatol* 2002 Oct; 147(4): 640-9.

15. Pizzocaro G, Algaba F, Horenblas S, Solsona E, Tana S, Van Der Poel H, Watkin NA. EAU Penile Cancer Guideline 2009. *Eur Urol.* 2010 Jun; 57(6): 1002-12.
16. Siegfried N, Muller M, Volmink J, Deeks J, Egger M, Low N, Weiss H, Walker S, Williamson P. Circuncisión en el hombre para la prevención de la infección heterosexual por VIH en los hombres. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas* 2003, Issue 3. No.: CD003362. DOI: 10.1002/14651858.CD003362
17. Tekgül S, Riedmiller H, Gerharz E, Hoebeke P, Kocvara R, Nijman R, Chr. Radmayr Chr, Stein R. Guidelines on paediatric urology. *European Association of Urology* 2008
18. Tobian AA, Serwadda D, Quinn TC, Kigozi G, Patti E, Gravitt PE, et al. Male Circumcision for the prevention of HSV-2 and HPV infections and syphilis. *N Engl J Med* 2009 March 26; 360(13): 1298–1309.
19. Yamada J, Stinson J, Lamba J, Dickson A, McGrath PJ, Stevens B. A review of systematic reviews on pain interventions in hospitalized infants. *Pain Res Manage* 2008; 13(5):413-420.
20. 2008 UK National Guideline on the Management of balanoposthitis. *Clinical Effectiveness Group. British Association of Sexual Health and HIV. Second update of the original article: Edwards SK. National guideline for the management of balanitis. Clinical Effectiveness Group (Association of Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases). Sex Transm Infect.* 1999 Aug;75 Suppl 1:S858.

7. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de la Secretaría de Salud en el Estado de BCS, del Benemérito hospital General con Especialidades Juan María de Salvatierra, en La Paz BCS, por el alto sentido de compromiso y facilitar al grupo de trabajo que desarrolló la presente guía; la asistencia a los eventos de capacitación en medicina basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. A nuestros coordinadores de CENETEC, que teniendo las herramientas y el conocimiento nos han llevado de la mano para concluir ésta y otras Guías de Práctica Clínica.

8. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Esteban Hernández San Román	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
Dr. Héctor González Jácome	Subdirector de guías de práctica clínica
Dr. Luis Agüero y Reyes	Coordinador de Guías de Práctica Clínica
Dra. Mercedes del Pilar Álvarez Goris	Coordinadora de Gestión Sectorial de GPC
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación documental
Dr. Arturo Ramírez Rivera	
Dra. Lorraine Cárdenas Hernández	
Dra. Mirna García García	Asesores de guías de práctica clínica
Dr. Eric Romero Arredondo	
Lic. Ana María Otero Prieto	Comunicación y logística
Lic. Emmanuel Riba Zarate	Diseño gráfico

9. DIRECTORIO

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios

Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo

Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche
Gómez Morín

Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel
Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco 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

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Baja California Sur

Secretario de Salud
Dr. Francisco Cardoza Macías

Director General de Servicios de Salud

Dr. Fernando Moreno Abarca

Director de Enseñanza e Investigación

Dr. Mario Salmón Velázquez

Director del Benemérito Hospital General Juan María Salvatierra

Dr. Rafael R Carrillo Jiménez

10. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Innovación y Calidad	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico