

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

ALGORITMOS DE ATENCIÓN CLÍNICA

Plan Estratégico Sectorial para la Difusión e Implementación de
Guías de Práctica Clínica



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

DIF
Nacional

Algoritmos de Atención Clínica

Plan Estratégico Sectorial para la Difusión e Implementación de
Guías de Práctica Clínica

DIABETES MELLITUS

Tipo 2

Se agradece la colaboración para el desarrollo de este material a:



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN



CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL
PACIENTE CON DIABETES



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

INTERVENCIONES EDUCATIVAS MULTIDISCIPLINARIAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS



FOMENTAR ESTILO DE VIDA SALUDABLE

- Fomentar la **responsabilidad** en el autocuidado
- Evaluación de la salud mental** (existencia de ansiedad, depresión o trastorno agudo, identificar el tipo de personalidad del paciente)
- Evaluación de salud bucal**
- Educación nutricional** y recomendar plan de alimentación simplificado
- Educación sobre actividad física**, recomendar plan de actividad física (>10 000 pasos/día) y ejercicio moderado
- Suspender tabaquismo**

EN TODOS LOS PACIENTES: Reforzar intervenciones educativas en cada consulta

Identificación de condiciones de alto riesgo para desarrollar diabetes

Adultos con:

- IMC $\geq 25\text{Kg/m}^2$ o
- Perímetro de cintura >80cm (mujeres) y 90 cm (hombres) o
- Antecedente de diabetes gestacional, o
- Dislipidemia

← NO

Reforzar intervenciones de educación en salud

↓ SÍ

Solicitar glucemia en ayuno

Glucosa <100mg/dl

Glucosa 100-125mg/dl

Glucosa ≥ 126 mg/dl

Solicitar curva de tolerancia oral a la glucosa de 2 horas (con 75 g de glucosa)

Glucosa <140mg/dl

Glucosa 140-199mg/dl

Glucosa >200mg/dl



Detección



Diagnóstico



Considerar inicio de metformina inicio gradual hasta 1500 mg/día

Establecer: diagnóstico de intolerancia a la glucosa

Establecer: diagnóstico de diabetes mellitus

INICIAR TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Tratamiento



REFORZAR INTERVENCIONES DE EDUCACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CADA CONSULTA

Hipoglucemiantes

METFORMINA:
Incremento gradual dosis mínima: 1500 mg/24 h (fraccionado en 2-3 tomas)

PERSISTE DESCONTROL EN 1 MES:
Aumentar dosis de **METFORMINA** a 850 mg/8 h

PERSISTE DESCONTROL EN 1 MES:
AGREGAR:
1. **GLIBENCLAMIDA:** dosis graduales de 2.5 mg/24 h (con el alimento principal) hasta 5 mg/8 h
2. **INHIBIDOR DE DPP4:** Sitagliptina, Saxagliptina, Vildagliptina, Linagliptina

PERSISTE DESCONTROL EN 1 MES:
(A PESAR DE 2 FÁRMACOS A DÓISIS MÁXIMA)
AGREGAR:
1. **INSULINA NPH** 0.1 unidades/kg en la noche
Considerar análogos de larga duración en mayores de 60 años

PERSISTE DESCONTROL EN 1 MES:
(A PESAR DE 3 FÁRMACOS A DÓISIS MÁXIMAS Y REQUERIMIENTOS DE INSULINA)

CONTINUAR/INCREMENTAR
1. Continuar con **METFORMINA** 850 mg/ 8 h
2. **INSULINA NPH 0.3** unidades/kg, 2/3 por la mañana y 1/3 por la noche o **ANÁLOGO** basal dosis única por la mañana

PERSISTE DESCONTROL EN 1 MES:
(CON MÁS DE 30 UNIDADES DE INSULINA)
AGREGAR:
INSULINA DE ACCIÓN RÁPIDA antes de cada alimento

Tratamiento antihipertensivo

VER TABLA DE TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

Hipolipemiantes

TRIGLICÉRIDOS PRIMER CONSULTA

150-200 mg/dl
1. Dieta
2. Actividad física
3. Control glucémico

>200 mg/dl
Bezafibrato
200 mg/12 h

CONSULTA SUBSECUENTE

>150 mg/dl
Bezafibrato 200 mg/12 h

COLESTEROL

LDL <50 o No-HDL <80
reducir al 50% dosis de **Estatina** si recibe 5 mg de **Atorvastatina**

LDL 100 a 150 o No-HDL 130-180
Atorvastatina 10 mg/24h

LDL 151 a 200 o No-HDL 181-230
Atorvastatina 20 mg/24h

LDL >200 o No-HDL >230
Atorvastatina 40 mg/24h

Profilaxis cardiovascular

Pacientes con diabetes > 50 años

Pacientes con riesgo cardiovascular >10%

Pacientes con hiperlipidemia familiar combinada

Ácido acetilsalicílico:
100 - 150 mg/día



Investigar **efectos adversos** e interacciones medicamentosas en cada consulta



TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO



PRESIÓN ARTERIAL

NORMAL ALTA

Sistólica: 130-139 mmHg

Diastólica: 80-85 mmHg

NO INDICAR

ANTIHIPERTENSIVO

Solicitar medición de TA durante una semana de registro. Si persiste alta iniciar el tratamiento

PERSISTE TA ELEVADA

Enalapril 10 mg/24 h o

Losartán 50 mg/24 h

PERSISTE TA ELEVADA

Aumentar dosis de

Enalapril 10 mg/12 h o

Losartán 50 mg/12 h

PERSISTE TA ELEVADA

Agregar al tratamiento

anterior:

Hidroclorotiazida 12.5

mg/12 h o

Clortalidona 25 mg/24 h

HAS GRADO 1

Sistólica: 140-159

Diastólica 86-99

INICIAR TERAPIA CON 1

FÁRMACO

Enalapril 10 mg/12 h o

Losartán 50 mg/12 h

PERSISTE TA ELEVADA

Agregar al tratamiento

anterior: Hidroclorotiazida

12.5 mg/12 h o

Clortalidona 25 mg/24 h

PERSISTE TA ELEVADA

Agregar al tratamiento

anterior:

Amlodipino 5 mg/24 h

(nocturno)

PERSISTE TA ELEVADA

Intensificar tratamiento

anterior:

Amlodipino 5 mg/12 h

INVESTIGAR HIPERTENSIÓN SECUNDARIA

HAS GRADO 2

Sistólica: 160-179 mmHg

Diastólica: 100-109 mmHg.

INICIAR TERAPIA

COMBINADA

Enalapril 10 mg/12 h o

Losartán 50 mg/12 h

+ Hidroclorotiazida 12.5

mg/12 h o

Clortalidona 25 mg/24 h

(matutina)

PERSISTE TA ELEVADA

Agregar al tratamiento

anterior: Amlodipino 5

mg/24 h

PERSISTE TA ELEVADA

Intensificar tratamiento:

Amlodipino 5 mg/12 h

INVESTIGAR HIPERTENSIÓN SECUNDARIA

PERSISTE TA ELEVADA

Y NO HAY CAUSA SECUNDARIA

Agregar al tratamiento

anterior: Metoprolol 50

mg/12 h

HAS GRADO 3

Sistólica: >180 mmHg

Diastólica: >110 mmHg

INICIAR TERAPIA

COMBINADA

Enalapril 10 mg/12 h o

Losartán 50 mg/12 h

+ Amlodipino 5 mg/24 h

(nocturno)

PERSISTE TA ELEVADA

Intensificar tratamiento

anterior: Amlodipino 5 mg

cada 12 h

+ Hidroclorotiazida 12.5

mg/12 h o

Clortalidona 25 mg/24 h

PERSISTE TA ELEVADA

Y NO HAY CAUSA SECUNDARIA

Intensificar tratamiento

anterior:

Espironolactona 12.5

mg/24 h

+ Metoprolol 50 mg/12 h

(sí/la TFG <50ml/min)

PERSISTE TA ELEVADA

Intensificar tratamiento

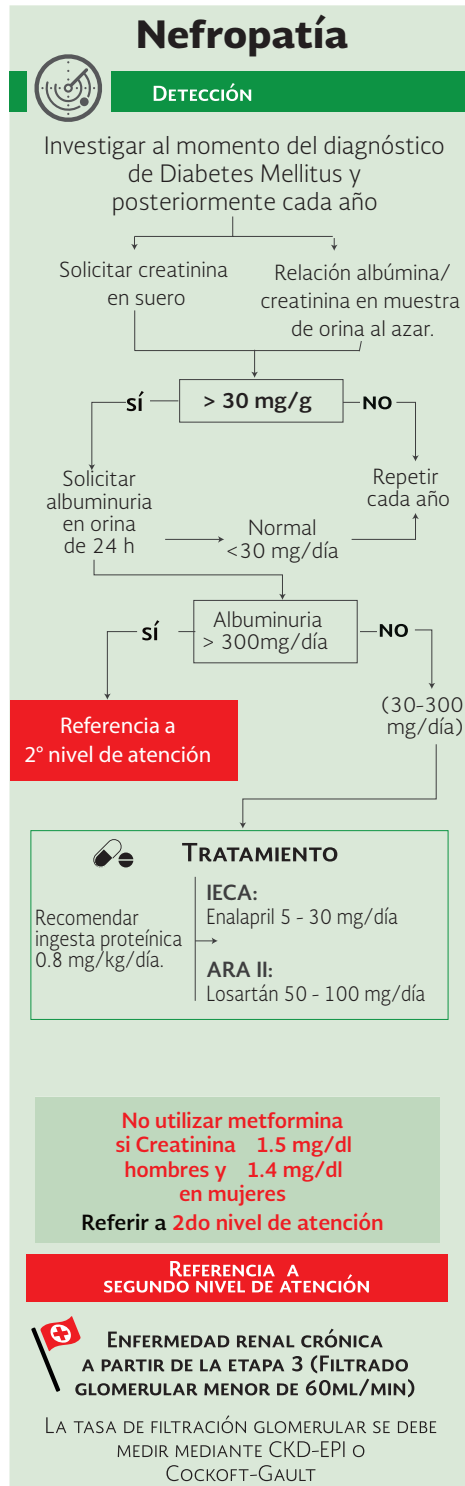
anterior:

Espironolactona a 25

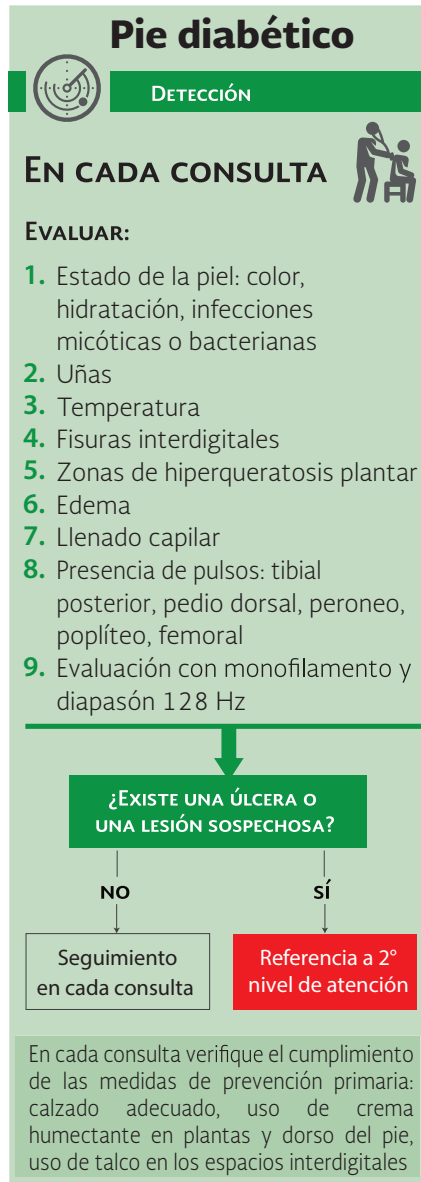
mg/24 hrs o

Metoprolol a 100 mg/12 h

INVESTIGAR HIPERTENSIÓN SECUNDARIA



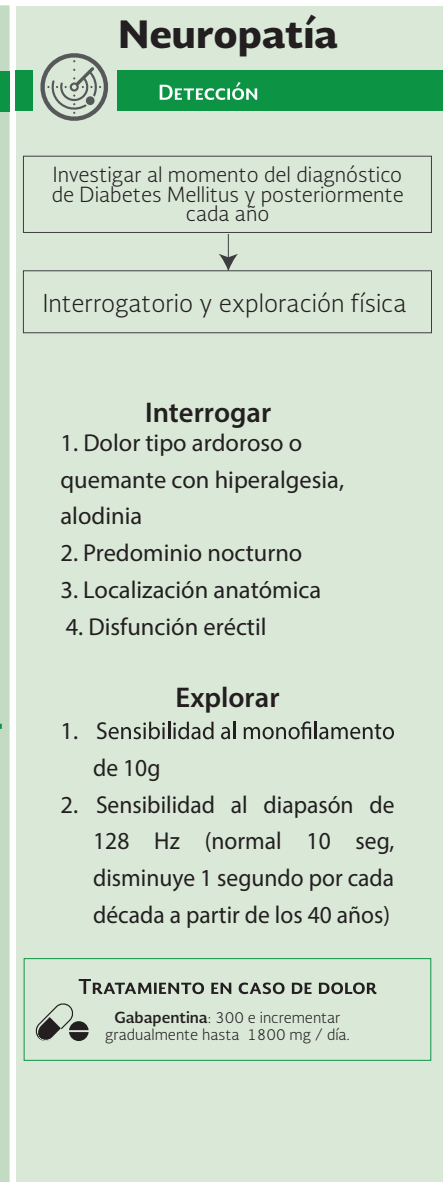
Para mayor información, puede consultar la carta descriptiva en la siguiente liga:
http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/algos_ritmos_atencion_clinica.html



Elaborado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en colaboración con el Centro de Atención Integral del Paciente con Diabetes – Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Adaptado de:

- SS-762-15: Intervenciones de Enfermería para el control de la Diabetes Mellitus tipo 2 en la población adulta en el primer nivel de atención
- SS-093-08 Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención
- IMSS-717-14 Intervenciones de enfermería para la prevención de complicaciones crónicas en pacientes con diabetes mellitus en el primer nivel de atención
- IMSS-718-14 Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el primer nivel de atención
- IMSS-751-15 Dietoterapia y alimentos. Paciente con diabetes mellitus Endocr Pract. 2016; 22 (No.1)
- Acciones para enfrentar a la Diabetes (2015); Academia Nacional de Medicina
- Manual de procedimientos, Centro de Atención Integral del Paciente con Diabetes.
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (registro ante IMPI 03-2017-071910465400-01)
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2017; Diabetes Care 2017;40 supplement 1



Plan Estratégico Sectorial para la Difusión e Implementación de Guías de Práctica Clínica

Carta Descriptiva



Aplicación

Primer Nivel de Atención



Personal involucrado

Médico / Enfermería

Prevención

Se deberán realizar intervenciones educativas y de manera multidisciplinarias para la prevención de esta patología en toda la población diabética y no diabética, las cuales deben incluir actividades relacionadas a fomentar un estilo de vida saludable, entre estas actividades se encuentra:

- Fomento de la responsabilidad en el autocuidado, es decir el autocontrol de la glucemia en pacientes diabéticos.
- Evaluación de la salud mental, descartar existencia de ansiedad, depresión o trastorno agudo, así mismo se deberá identificar el tipo de personalidad de cada paciente.
- Evaluación de salud bucal.
- Educación nutricional y recomendar plan de alimentación simplificado.
- Educación sobre actividad física, recomendar plan de actividad física (>10 000 pasos/día) y ejercicio moderado.
- Suspender tabaquismo.

Las intervenciones educativas deberán realizarse en cada consulta.

Detección y diagnóstico

Se han considerado diversos factores de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus, como mínimo se deberán identificar los siguientes: sobrepeso ($IMC \geq 25\text{kg/m}^2$), perímetro de cintura mayor a 80 cm en mujeres o 90 cm en hombres, mujeres con antecedentes de diabetes gestacional o dislipidemia.

- Si el paciente **no cuenta** con alguno de estos factores de riesgo antes mencionados, se deberá reforzar las acciones preventivas y de fomento a la salud en cada consulta.
- Por el contrario, si el paciente cuenta con alguno de los factores de riesgo mencionados, se deberá investigar la presencia de prediabetes o diabetes. El primer estudio indicado es la glucemia en ayuno:
 - a. Si esta reporta niveles de glucosa menores a 100mg/dl, se descarta diabetes o prediabetes y se deberán reforzar las acciones preventivas y de fomento a la salud.
 - b. Si los valores reportados están entre los 100 mg/dl y los 125mg/dl, se deberá solicitar una curva de tolerancia oral a la glucosa.
 - c. Si los valores reportados son mayores a 126 mg/dl, se establece el diagnóstico de diabetes mellitus.
- Para aquellos pacientes cuyos valores de glucemia en ayuno se encuentren entre 100 y 125 mg/dl, se deberá solicitar una curva de tolerancia oral a la glucosa:
 - a. Si a las 2 horas de haber iniciado el estudio se reportan valores menores a 140, se descarta diabetes o prediabetes y se deberán reforzar las acciones preventivas en cada consulta.
 - b. Si se reportan valores entre 140 mg/dl y 199 mg/dl se establece el diagnóstico de intolerancia a la glucosa, en cuyo caso se deberá considerar el inicio de tratamiento farmacológico (metformina hasta 1500 mg/24 h. divididos en 2 o 3 tomas.).
 - c. Si los reportes de glucemia son mayores a los 200 mg/dl, se establece el diagnóstico de diabetes mellitus.

Tratamiento

Todo paciente con diagnóstico de diabetes mellitus deberá iniciar un tratamiento integral considerando 5 aspectos:

- 1. En cada consulta se deben reforzar las intervenciones educativas primarias (especificadas en el apartado de prevención).**
- 2. Tratamiento con hipoglucemiantes:**
 - Se iniciará el tratamiento con hipoglucemiantes orales: metformina, dosis mínima de 1500 mg por día dividido en 2 o 3 tomas.
 - Si después de un mes persiste el descontrol, se deberá incrementar la dosis de metformina a 850 mg cada 8 horas.
 - Si después de un mes con dosis máximas de metformina persiste el descontrol glucémico se deberá agregar glibenclamida o inhibidores de la DPP4 (sitagliptina, saxagliptina, vildagliptina, linagliptina)
 - Si aún con dos fármacos a dosis máximas persiste el descontrol en un mes, se deberá agregar otro fármaco: insulina NPH (0.1 unidades por kg por la noche), se deberán considerar análogos de larga duración en mayores de 60 años.
 - Si con los tres fármacos e insulina persiste el descontrol se deberá continuar con la metformina e incrementar la dosis de acuerdo a resultados y dividirla 2/3 por la mañana y 1/3 por la noche o bien usar un análogo basal en dosis única por la mañana.
 - Si a pesar de usar insulina persiste el descontrol, se deberá agregar insulina de acción rápida antes de cada alimento.
- 3. Hipolipemiantes**
 - En cuanto a los triglicéridos,
 - Si en la primer consulta se reportan cifras de 150 – 200 mg/dl se deberá indicar dieta, ejercicio y control glucémico, si en las consulta subsecuentes los triglicéridos siguen estando elevados (>150 mg/dl) se indicará bezafibrato 200 mg cada 12 horas.
 - Sin embargo, si en la primer consulta los valores son mayores a 200 mg/dl, se iniciará con bezafibrato 200mg cada 12 horas.
 - En relación al control del colesterol
 - Si los valores de colesterol LDL van de 100 a 150 mg/dl o los de No-HDL de 130 a 180 mg/dl, se indicará atorvastatina en dosis de 10 mg cada día.
 - Si los valores de colesterol LDL van de 151 a 200 mg/dl y los de No-HDL 181 a 230 mg/dl la dosis de atorvastatina será de 20 mg por día.
 - Si estos valores son por arriba de 200 mg/dl para colesterol LDL y superiores a 230 para colesterol No-HDL la dosis de atorvastatina será de 40 mg por día.
 - Sin embargo, si el colesterol LDL es menor a 50 y el No-HDL es menor a 80 se deberá reducir al 50% la dosis de estatinas que recibe el paciente (si recibe 5 mg de atorvastatina, se suspende el medicamento).
- 4. Profilaxis cardiovascular**
 - A todos los pacientes diabéticos mayores de 50 años de edad, que tengan riesgo cardiovascular mayor a 10% o que tengan hiperlipidemia familiar combinada, se deberá indicar ácido acetilsalicílico de manera profiláctica en dosis de 100 a 150 mg por día.
- 5. Tratamiento antihipertensivo**
 - El tratamiento antihipertensivo está adecuado al grado de hipertensión, se consideran 4 grados:
 - 1. Presión arterial normal alta**, si las mediciones de la presión arterial reportan resultados de 130-139/80-85 mmHg, no se deberá iniciar medicación; se solicitará una medición de la TA durante

una semana, si esta persiste elevada entonces se iniciará con medicación (enalapril 10mg/día o losartán 50mg/día), si en las consultas subsecuentes persiste elevada la presión arterial se incrementará la dosis (enalapril 10mg/12 h o losartán 50 mg/12h). Si a pesar del aumento en la dosis la presión arterial persiste elevada, se agregará al tratamiento anterior hidroclorotiazida (12mg/12h) o clortalidona (25mg/día).

- 2. Hipertensión grado 1:** si la medición de la presión arterial reporta cifras de 140-159/86-99 mmHg, se considera hipertensión arterial grado 1, el tratamiento inicial es con enalapril (10mg/12h) o losartán (50mg/12h), si la presión continúa elevada en las visitas subsecuentes se agregará al tratamiento hidroclorotiazida (12.5mg/12h) o clortalidona (25mg/24 h). Si aún con dos medicamentos persiste elevada la presión arterial se agregará amlodipino (5mg/día) por la noche, si no se ha logrado controlar la presión arterial se intensificará el tratamiento aumentando la dosis de amlodipino a 5 mg/12 h, y se investigarán causas de hipertensión secundaria.
- 3. Hipertensión grado 2:** se considera hipertensión arterial grado 2 cuando las cifras tensionales son 160-179/100-109 mmHg, en este caso el tratamiento inicial es combinado: enalapril (10mg/12h) o losartán (50mg/12h) más hidroclorotiazida (12.5mg/12h) o clortalidona (25mg/24h), si no se logra controlar la hipertensión, se agregará amlodipino (5mg/24h), si a pesar del nuevo fármaco agregado al tratamiento no se logra controlar la presión, se intensificará la dosis de amlodipino a 5 mg/12 h y se investigarán causas de hipertensión secundaria. Si no hay causas de hipertensión secundaria y la presión persiste elevada, se agrega un cuarto medicamento metoprolol (50 mg/12 h).
- 4. Hipertensión grado 3:** si las cifras en medición de la presión arterial son superiores a 180/110 mmHg se considera hipertensión arterial grado 3, el tratamiento inicial es con dos fármacos: enalapril (10 mg/12 h) o losartán (50 mg/12 h) más amlodipino (5 mg/24 h), si la respuesta no es adecuada se intensificará la dosis de amlodipino 5mg/12 h y se agregará hidroclorotiazida (12.5 mg/12 h) o clortalidona (25 mg/24 h) y se investigarán causas de hipertensión secundaria, si no existen causas de hipertensión secundaria y persiste la presión arterial elevada, se agregará al tratamiento espironolactona (12.5mg/24 h) o metoprolol (50mg/12 h) siempre y cuando la TFG sea menor a 50 ml/min. Si la presión arterial persiste elevada: aumentar la dosis de espironolactona a 25 mg/24 h o la de metoprolol a 100 mg/12 h.

Prevención de complicaciones

En cuanto a prevención de complicaciones en el primer nivel de atención las actividades están enfocadas en nefropatía, pie diabético y neuropatía.

1. Nefropatía

En cuanto a la detección, se deberán investigar datos de nefropatía al momento de hacer el diagnóstico de diabetes mellitus y posteriormente cada año, para esto será necesario realizar el índice albuminuria/creatinuria en muestra de orina al azar, si este reporta valores iguales o superiores a 30mg/g se deberá solicitar albuminuria en orina de 24 h, por el contrario si el reporte es menor a este valor se descarta nefropatía y se volverá a evaluar en un año.

Si la albuminuria en orina de 24 h arroja resultados:

- Normales (>30 mg/día) se descarta nefropatía y se continúa con el manejo establecido.
- 30 mg/día a 300 mg/día se inicia tratamiento con enalapril (5-30 mg/24h) o losartán (50-100 mg/24 h) y recomendaciones dietéticas como reducción de la ingesta de proteínas y del consumo de sodio.
- Superiores a 300 mg/día se deberá referir a segundo nivel de atención.

Si el paciente presenta enfermedad renal crónica etapa 3 (filtrado glomerular menor a 60 ml/min) se deberá referir al segundo nivel de atención.

2. Pie diabético.

La evaluación de los pies en los pacientes diabéticos se deberá realizar en cada consulta durante la cual se evaluará:

- Estado de la piel: color, hidratación, infecciones micóticas o bacterianas
- Uñas
- Temperatura
- Fisuras interdigitales
- Zonas de hiperqueratosis plantar
- Edema
- Llenado capilar
- Presencia de pulsos: tibial posterior, pedio dorsal, peroneo, poplíteo, femoral
- Evaluación con monofilamento y diapasón 128 Hz

Si existe alguna lesión o úlcera sospechosa se deberá referir a segundo nivel de atención, si no existieran lesiones se continúa la consulta y la evaluación en cada visita.

Así mismo en cada consulta, se debe verificar el cumplimiento de las medidas de prevención primaria: calzado adecuado, uso de crema humectante en plantas y dorso del pie, uso de talco en espacios interdigitales.

3. Neuropatía:

La neuropatía se deberá investigar mediante interrogatorio y exploración física al momento de hacer el diagnóstico y posteriormente cada año.

En cuanto al interrogatorio se deberá investigar acerca de:

1. Dolor tipo ardoroso o quemante con hiperalgesia, alodinia
2. Predominio nocturno
3. Localización anatómica
4. Disfunción eréctil

Por su parte, en la exploración física se deberá evaluar:

1. Sensibilidad al monofilamento de 10g
2. Sensibilidad al diapasón de 128 Hz (normal 10 segundos, disminuye 1 segundo por cada década a partir de los 40 años)

Coordinadores

Dr. Sebastián García Saisó

Director General de Calidad y Educación en Salud

Secretaría de Salud

Dra. Odet Sarabia González

Directora General Adjunta de Calidad en Salud

Secretaría de Salud

Autores

Dr. Sergio César Hernández Jiménez

Coordinador del Centro de Atención Integral del Paciente con Diabetes
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Secretaría de Salud

Dr. Carlos Alberto Aguilar Salinas

Coordinador de la Unidad de Investigaciones Metabólicas, Instituto
Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Secretaría de Salud

Dra. Ana Cristina García Ulloa

Responsable de atención médica CAIPaDi, Instituto Nacional de
Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Secretaría de Salud

Dr. Eduardo González Flores

Endocrinólogo Adscrito a CAIPaDi Instituto Nacional de Ciencias
Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Secretaría de Salud

Dra. Odet Sarabia González

Directora General Adjunta de Calidad en Salud

Secretaría de Salud

Dr. Yefté Efraín Silva López

Subdirector de Vinculación Ciudadana, DGCEs

Secretaría de Salud

Validadores Sectoriales

Dr. Jesús Ojino Sosa García

Director de integración de GPC, Centro Nacional de Excelencia
Tecnológica en Salud

Secretaría de Salud

Mtra. María de Jesús Posos González

Coordinadora Normativa, Dirección de Enfermería, DGCEs

Secretaría de Salud

Dra. Erika Raquel Bravo Aguilar

Médico Especialista, DGCEs

Secretaría de Salud

Mtra. Ana Rosa Ramírez Herrera

Subdirectora de Evaluación de Servicios no Personales, Dirección
General de Evaluación del Desempeño

Secretaría de Salud

Dra. Miriam Hernández Hernández

Supervisora Médica

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Dr. Juan Luis Hernández Buendía

Jefe de Departamento Geriátrico

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Dr. Gustavo Fermín Sámano Santos

Médico Especialista

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Dr. Humberto Medina Chávez

Coordinador de Programas Médicos

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dra. María del Sagrario Juárez Rico

Médico Especialista

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

Lic. Guadalupe Urbina Álvarez

Enfermera Especialista

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

Dr. Jesús Genaro Méndez de la Cruz

Coordinador de Normalización

Petróleos Mexicanos

Tte Nav. Oscar Iván Flores Rivera

Médico Especialista

Secretaría de Marina Armada de México

Algoritmos de Atención Clínica

Plan Estratégico Sectorial para la Difusión e Implementación de
Guías de Práctica Clínica



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN



CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL
PACIENTE CON DIABETES



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas