

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

EDUCACIÓN, INFORMACIÓN Y DIFUSIÓN EN SALUD

Volumen #15 | Septiembre- Diciembre 2026

Presentamos el ejemplar número 15 de la revista Educación, Información y Difusión en Salud, tercer ejemplar de 2026, una edición que reúne conocimiento, experiencias y acciones que reflejan el compromiso de nuestro personal con la atención, la capacitación y la educación en salud.

En este número destacamos la capacitación obtenida mediante el curso "Seguridad en operaciones aéreas", realizado en coordinación con la Oficina de la Gobernadora y la Secretaría de Protección Civil, del cual surge el artículo "Aeromedicina y transporte de cuidados críticos". Asimismo, compartimos las actividades desarrolladas en el marco de la Semana Internacional de la Lactancia Materna, donde el conocimiento, la experiencia y el trabajo interdisciplinario de nuestro personal se hicieron presentes.

Como aportaciones externas, contamos con la colaboración de la Unidad de Vida Saludable (UVISA), que presenta una intervención educativa orientada a mejorar la higiene oral y los hábitos de salud oral de sus usuarios. Se suma la participación de la Unidad de Salud Xalapa-Enríquez Dr. Gastón Melo IMSS Bienestar, con una colaboración en el marco del Día Mundial de la Alimentación, que contribuye a fortalecer la promoción de una alimentación saludable y la educación alimentaria como elementos fundamentales para el bienestar de la población. Estas contribuciones enriquecen nuestro espacio editorial mediante el intercambio de experiencias y conocimientos entre instituciones y profesionales de la salud.

También reconocemos la trayectoria de profesionales que han dejado huella con su vocación y servicio. A ello se suman contenidos sobre la evolución de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica, la Ruta de atención de la violencia y un caso de Necrólisis Epidérmica Tóxica, que pone de manifiesto la importancia del abordaje multidisciplinario en la atención hospitalaria.

Completan esta edición las Guías de Práctica Clínica 2027, sesiones generales, cursos y diversas actividades en salud, expresión de una institución que aprende, se actualiza y comparte el conocimiento.

Los invitamos a recorrer este nuevo número de una revista que busca ser testimonio del trabajo cotidiano de nuestra comunidad hospitalaria y, al mismo tiempo, un espacio para educar, informar, investigar, reconocer y difundir.

Porque detrás de cada artículo, cada experiencia y cada actividad hay personas comprometidas con el cuidado de otras personas. Compartir lo que hacemos también es una forma de cuidar la salud y fortalecer nuestra institución.

Veracruz se transforma con trabajo, compromiso y amor por nuestra gente.

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Alfredo Poblete Velázquez
Director

Dra. Claudia del Carmen Caballero Cerdán
Editora/Investigadora

Colaboraciones especiales

Mtra. Ana Aguirre Alcaráz.

Dra. Violeta Cuauhtle Márquez. Coordinadora General de la Unidad de Vida Saludable (UVISA). E.P. Alejandra Rodríguez Escobar. Responsable del Área de Salud Oral (UVISA). C.D. Blanca Estela Morales Gutiérrez. Apoyo del Área de Salud Oral (UVISA).

Nut. Omar Cordero Flores MNH. Unidad de Salud Xalapa-Enriquez Dr Gastón Melo IMSS Bienestar

Dr. César Didier Alarcón Ávila
Médico adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital Regional de Xalapa Dr. Luis F. Nachón con Maestría en Administración de Servicios de Salud. HRXDLFN

Dra. Virginia Guadalupe Abarca Morales
Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica

Psic. Estela Rodríguez Angel

Coordinadora de Psicología y Enlace de la NOM 046 y Aborto Seguro

MIC. Dr. Jorge Rafael Chávez Del Valle

Médico Especialista Adscrito como apoyo a la Coordinación de Calidad.

Dra. Ana Patricia Altamirano Aburto
Jefa del Servicio de Pediatría y en créditos

L.N. Karen Milene Rincón Cárcamo.

Nutrióloga adscrita al Departamento de Nutrición y Dietética.

C. Evelyn Isabel Farias.

Pasante en Servicio Social de la Jefatura de Nutrición

Comité Revisor y científico
Dra. Cristina Hortensia Saavedra Vélez

DERECHOS DE AUTOR Y DERECHOS CONEXOS, año 2026 número 15, septiembre-diciembre 2026, es una publicación cuatrimestral editada por el Hospital Regional de Xalapa, calle Pedro Rendón, 8, colonia Centro, Xalapa Veracruz, C.P. 91000, Tel 22 (88) 188090, dirección_nachon@outlook.com Editor responsable: Dra. Claudia Del Carmen Caballero Cerdán. Reserva de derechos al uso exclusivo No. EN TRAMITE, ISSN: EN TRAMITE, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este Número, Dra. Claudia Del Carmen Caballero Cerdán, Calle Pedro Rendón, 8, Colonia Centro, Xalapa Veracruz, C.P. 91000, fecha de última modificación, 15 de agosto de 2026.



ÍNDICE

05 Tecnología en salud.

05 Aeromedicina y transporte de cuidados críticos.

09 Trayectoria en salud.

09 Homenaje Póstumo.

09 Dr. Conrado Aguirre Trujillo.

10 MASS. Rocío Palacios Ramos.

11 Dr. Gustavo Arenas Benhumea.

12 Áreas del hospital.

12 VIGILAR ES CUIDAR: Tres décadas de evolución de la unidad de vigilancia epidemiológica hospitalaria.

14 Áportaciones en salud.

14 Intervención educativa en la modificación de higiene oral y hábitos de higiene de salud oral en usuarios de la Unidad de Vida Saludable (UVISA)

17 Educación en salud.

17 Narrativa de la Ruta de Atención de la Violencia en el Hospital Regional de Xalapa Dr. Luis F. Nachón.

19 Guías de práctica clínica 2027.

20 Días internacionales.

20 Día Mundial de la Alimentación.

23 Semana Intenacional de la Lactancia materna.

26 Eventos en salud.

26 Entrega de reconocimientos a ponentes y participantes del curso "Seguridad en Operaciones Aéreas"

27 6ta. Jornada de Ética

28 Sesiones Generales de Hospital y cursos Impartidos.

29 Cursos Próximos a Impartirse

30 Artículo original.

30 Necrólisis epidérmica tóxica.

34 Investigación.

34 Atención nutricional especializada en la enfermedad renal crónica: revisión paraguas de revisiones sistemáticas y metaanálisis

48 Criterios de publicación

TECNOLOGÍA EN SALUD

AEROMEDICINA Y TRANSPORTE DE CUIDADOS CRITICOS

Dr. César Didier Alarcón Ávila
Médico adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital Regional de Xalapa Dr. Luis F. Nachón[1]

Veracruz cuenta actualmente con tres hospitales certificados para realizar estos procedimientos de alta especialidad, entre los que se encuentra el Hospital Regional de Xalapa Dr. Luis F. Nachón, en cuanto a procuración de órganos y tejidos se refiere.

Introducción

La aeromedicina y el transporte de cuidados críticos nacieron a principios del siglo XX. Evolucionaron desde el uso rudimentario de aviones para retirar heridos de zonas de combate en la Primera Guerra Mundial, hasta la operación de aeronaves medicalizadas modernas con equipos de soporte vital avanzado.

Antecedentes

Hitos Históricos Clave

•1910 (Inicios): Durante la Primera Guerra Mundial, se realizaron los primeros traslados de soldados heridos en aviones, dando origen a la Evacuación Aeromédica (MEDEVAC).

•1950 (Guerra de Corea): El uso extensivo de helicópteros por parte del ejército demostró la importancia de la "hora dorada" (la ventana de tiempo crítico tras un trauma para reducir la mortalidad).

•1970 (Evolución Civil): El modelo militar de rescate, se adaptó al ámbito civil. Un hito destacado fue el programa Flight for Life en Colorado (EE. UU.), que estableció las bases de los Servicios Médicos de Emergencia Aérea (HEMS).

•1990 - Presente (Medicina de Cuidados Críticos): Las aeronaves se convirtieron en auténticas UCI volantes. La miniaturización de equipos , permitió el uso de ventilación mecánica, bombas de infusión, ecografías point-of-care y ECMO (oxigenación por membrana extracorpórea) durante el vuelo.

Objetivo

Dar a conocer las principales características de la transportación aeromédica, así como los usos cotidianos y el impacto que genera en los pacientes beneficiados del uso de dicho traslado.

Transporte aeromédico y de cuidados críticos

El transporte aeromédico y de cuidados críticos se basa en la ventana de oportunidad terapéutica y la accesibilidad. Su objetivo es trasladar una Unidad de Cuidados Intensivos móvil a zonas remotas o accidentadas, garantizando una atención médica especializada continua y disminuyendo drásticamente la mortalidad y las secuelas.

La medicina moderna y el sistema MEDEVAC (Evacuación aeromédica), están profundamente ligados, ya que la capacidad de mover a un paciente crítico de forma rápida y segura, es lo que permite que los avances quirúrgicos y tecnológicos salven vidas en situaciones extremas.

¿Qué es MEDEVAC?

El término proviene del inglés Medical Evacuation. Es un sistema de traslado diseñado para mover a personas heridas o enfermas desde Hospitales de primer o segundo nivel, hasta hospitales especializados. Actualmente este concepto se ha aplicado también para el transporte de cuidados críticos.

¿QUE ES CASEVAC?

CASEVAC (abreviatura de Casualty Evacuation o evacuación de bajas), es el traslado urgente de personas heridas —civiles o militares— desde un campo agreste o zona de emergencia, hasta un centro médico utilizando aeronaves.

[1]Médico General. Técnico en Urgencias Médicas Cruz Roja Mexicana. Instuctor de Academia de técnicos en urgencias médicas de la Cruz Roja Mexicana. Diplomado en Aeromedicina y transporte de cuidados críticos. Médico de vuelo del Gobierno del estado de Veracruz.

Siempre es importante tener en cuenta los siguientes puntos:

•Atención en ruta: la aeronave (usualmente un helicóptero o avión), está equipado como una unidad de cuidados intensivos móvil.

•Personal especializado: Incluye paramédicos de vuelo, enfermeros certificados o médicos capacitados en medicina aeroespacial.

•La "Hora Dorada": Se basa en el concepto de que un paciente tiene muchas más probabilidades de sobrevivir, si recibe atención definitiva dentro de la primera hora tras el incidente.

El paciente requiere de estabilización en la primera unidad médica en la que se encuentra el paciente, mediante monitorización continua, farmacoterapia, oxigenoterapia, control de hemorragias masivas con los distintos medios disponibles, como el uso de hemoderivados, cirugías de empaquetamiento temporal, medidas antishock, etc.

Si el traslado es desde una zona remota o helipuerto improvisado, se requiere:

•Zona de Aterrizaje: Un área despejada, plana y señalizada (con humo, luces o paneles) -para que el piloto identifique el punto exacto (cercano al hospital)-.

•Seguridad del perímetro: Confirmar que la zona esté libre de obstáculos (cables, árboles)

•Personal de acompañamiento (policía, bomberos, PC, ambulancias).

•Seguridad para el equipo médico.



Particularidades de la transportación aeromédica

El transporte aéreo juega un papel fundamental en el sistema integral de urgencias gracias a las características especiales que lo diferencian del resto. Se trata de un vehículo que traslada a un paciente a gran velocidad y altitud, disminuyendo el tiempo de traslado, necesario para que se le instaure el tratamiento definitivo.

El beneficio estadístico más claro se ve en la reducción de tiempos de exposición al riesgo:

•Ahorro de Tiempo: El traslado aéreo es, en promedio, un 70% a 80% más rápido que el terrestre en distancias mayores a 150 km.

•Impacto en Infartos (IAM): Un paciente en segundo nivel que necesita cateterismo (solo disponible en tercer nivel) tiene un 95% de éxito si llega a la sala de hemodinamia antes de los 90 minutos. El aire permite cumplir esta meta en el 85% de los casos, mientras que el terrestre suele fallar en el 60% de los intentos, por tráfico o distancia.

Durante el traslado, el paciente se enfrenta a diferentes factores que pueden alterar el orden natural de la patología.

•Aceleración y desaceleración

•Vibraciones

•Ruido

•Temperatura

•Altitud



Fisiopatología de la transportación

Es el estudio de cómo los cambios físicos en la atmósfera (presión, oxígeno, temperatura), afectan al cuerpo humano, especialmente cuando éste ya se encuentra debilitado por una enfermedad o trauma. El entorno de vuelo es potencialmente hostil y expone a los pacientes y a los equipos de transporte médico a una serie de cambios fisiológicos significativos y factores de estrés ambiental. Es importante comprender las implicaciones de estos factores en el cuerpo humano para desarrollar estrategias que minimicen sus posibles consecuencias clínicas adversas durante el vuelo. Al trasladar a un paciente grave de un segundo a un tercer nivel, el equipo médico debe compensar estas cinco leyes físicas principales:

Hipoxia Hipobárica (La falta de oxígeno)

A mayor altura, la presión atmosférica disminuye. Aunque el porcentaje de oxígeno en el aire sigue siendo el mismo (21%), la "presión parcial" de ese oxígeno cae, lo que dificulta que pase de los pulmones a la sangre.

•Efecto en el paciente: Un paciente que ya tiene dificultad respiratoria o anemia se descompensará rápidamente.

•Compensación: Se debe aumentar el flujo de oxígeno suplementario o la presión del ventilador mecánico durante el ascenso.

Ley de Boyle (Expansión de gases)

•Esta es crítica en MEDEVAC. La ley dice que, a menor presión (altura), el volumen de un gas aumenta.

•Neumotórax: El aire en el pulmón se expande y puede colapsar el corazón.

•Equipo médico: El aire en los balones de las sondas o tubos endotraqueales se expande; por eso se llenan con solución salina en lugar de aire antes de volar.

•Postoperatorio: Si hubo cirugía abdominal reciente, el gas en los intestinos puede romper las suturas.

•Efecto en el paciente: Si el paciente tiene aire atrapado en el cuerpo, este se expandirá y causará daño:

Disbarismos (Cambios de presión)

Ocurren principalmente durante el ascenso y descenso rápido.

Efecto: Afecta cavidades cerradas como el oído medio y los senos paranasales (barotitis). En pacientes inconscientes o sedados que no pueden "compensar" tragando saliva, esto puede causar ruptura de tímpano.

Fuerzas G (Aceleración y Desaceleración)

Aunque en vuelos médicos no son extremas como en aviones de combate, las fuerzas de despegue y aterrizaje desplazan los fluidos corporales.

•Efecto: Si un paciente tiene una hemorragia activa o presión intracraneal alta, la posición de la camilla es vital.

•Posición: Generalmente, los pacientes con falla cardíaca o cerebral, se colocan con la cabeza hacia la cabina para evitar que la aceleración mande más sangre al cerebro o encharque los pulmones.



Disminución de la Temperatura y Humedad

Por cada 1,000 pies de altura, la temperatura baja aproximadamente 2°C. Además, el aire en la cabina es extremadamente seco.

•Efecto: El paciente grave pierde calor rápidamente (hipotermia), lo que altera la coagulación de la sangre (grave en traumas). La sequedad del aire espesa las secreciones respiratorias, pudiendo tapar el tubo de ventilación.

•Compensación: Uso de mantas térmicas e hidratación activa de la vía aérea.

Resumen para el traslado de 2do a 3er Nivel:

El éxito del traslado aéreo radica en anticipar estos cambios. Un paciente que está "estable" en tierra en un segundo nivel, puede entrar en crisis a los 5,000 pies de altura si el médico de vuelo no ajusta los parámetros antes de despegar.

Procuración de órganos:

El traslado aéreo es el pilar logístico de la procuración de órganos, ya que en este campo el tiempo no se mide en horas, sino en minutos de isquemia fría (el tiempo que un órgano puede estar fuera del cuerpo sin dañarse irreversiblemente).

•Cada órgano tiene un límite de viabilidad fuera del cuerpo. El traslado aéreo es, a menudo, la única forma de conectar a un donante en un hospital de segundo nivel con un receptor en uno de tercer nivel lejano.

•Corazón: 4-6 hrs. Se considera critico casi siempre requiere jet o helicóptero

•Pulmones: 4-8 hrs. Muy alto órganos muy sensibles a la presión y temperatura

•Hígado: 8-12 hrs. Alto, permite cruzar el país de extremo a extremo.

•Riñones: 24-36 hrs moderado da margen para traslado terrestre o aéreo.

Como vimos en la fisiopatología de vuelo, los cambios de presión afectan los tejidos:

•Microburbujas: En el traslado de órganos, se debe tener extremo cuidado de que no queden burbujas de aire en las soluciones de preservación, ya que la Ley de Boyle (expansión de gases) podría dañar las estructuras vasculares del órgano al ascender.

•Vibraciones: El exceso de vibración en helicópteros puede afectar la integridad de tejidos delicados como el pulmón; por ello, se utilizan contenedores con sistemas de amortiguación.

En México, la coordinación recae en el CENATRA (Centro Nacional de Trasplantes).

•Éxito Logístico: El uso de aeronaves (oficiales como las de la Guardia Nacional o privadas) aumenta la tasa de éxito de procuración en un 40%, cuando el donante está a más de 200 km del centro de trasplante.



•Aprovechamiento: Sin traslado aéreo, aproximadamente el 30% de los corazones e hígados donados en estados remotos se perderían por exceder el tiempo de isquemia.

Estadísticas de Trasplantes en Veracruz (2019 - 2026)

Acumulado Reciente (2019-2024): En este periodo se registraron un total de 683 trasplantes en la entidad.

•372 fueron de donador vivo (principalmente riñón).

•311 fueron de origen cadavérico.

•Promedio Anual: El estado mantiene un promedio constante de 177 trasplantes por año.

•Cifras 2025-2026:

Durante el año 2025, se reportaron aproximadamente 15 trasplantes exitosos tan solo en el primer semestre bajo la nueva administración estatal, con una mayoría de tipo renal.

A nivel nacional, en lo que va de 2026, se han realizado 80 trasplantes totales, de los cuales una proporción corresponde a los centros certificados en Veracruz.

Conclusión

La aeromedicina y el transporte de cuidados críticos constituyen una herramienta fundamental para brindar atención oportuna a pacientes graves, especialmente cuando la distancia o las condiciones geográficas dificultan el acceso a unidades de alta especialidad (ambulancias terrestres). Su efectividad depende no solo de reducir los tiempos de traslado, sino también de una adecuada estabilización, personal capacitado y del conocimiento de los cambios fisiológicos asociados al vuelo. Asimismo, su participación en la procuración y traslado de órganos demuestra su relevancia para aprovechar ventanas terapéuticas críticas y favorecer mejores resultados en la atención médica.



TRAYECTORIA

HOMENAJE PÓSTUMO

DR. CONRADO AGUIRRE TRUJILLO

Entrevista a la Mtra. Ana Aguirre Alcaráz.



Originario de Juchique de Ferrer, Veracruz. Nació en el año de 1937. En su infancia fue albañil, cortador de café y vendedor de periodico, lo que acentuó su carácter humanista. Fue impulsado a estudiar la carrera de medicina al ver que algunas personas no podían pagar un servicio médico. Egresado del prestigioso Colegio Preparatorio de Xalapa, estudió posteriormente la Licenciatura en Médico Cirujano de la Generación 62-67,, obteniéndo el Segundo Lugar Nacional en su egreso en la Universidad Autónoma de México (UNAM).

Fue Jefe de Laboratorio en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Jefe de Consulta Externa en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Tras una breve estancia en la Clinica del ISSSTE en Xalapa, ingresó al Hospital Regional de Xalapa en el año de 1978 y laboró ininterrumpidamente hasta el 2021. “Lo que más recuerdo era que priorizaba la atención médica de los pacientes y de sus compañeros de trabajo”, comenta su hija, recordando que atendía diariamente entre dieciocho y veinticuatro pacientes, y paralelamente daba clases en la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana, en donde impartió cátedra por 42 años. Relata que él se sentía útil y con la responsabilidad de devolverle la salud a sus pacientes con una atención de calidad. Refiere también que el Dr. Conrado Aguirre, era un excelente clínico que procuraba mantenerse actualizado a través de cursos, asistencia a congresos y diplomados. A la edad de 80 años se despide de este hospital, dejando un legado perdurable, al ser un ejemplo de médico heraldo de aquellos tiempos de medicina pura.

Con más de 40 años de labor ininterrumpida, fue uno de los médicos que priorizó la atención y humanización de los pacientes durante su paso por el Hospital Regional de Xalapa.



“Siempre buscaba los médios para que sus pacientes pudieran obtener su medicamento, incluso poniéndo de su propio recurso”, -indica, como padre, fue una persona excepcional, sobrepasó la barrera del machismo, ya que era hombre de campo y se abocó al cuidado de sus hijas, pacientes y estudiantes”.

En la actualidad hay una petición en proceso para otorgarle el Doctorado Honoris causa post-mortem por la Universidad Veracruzana. Descanse en paz, Dr. Aguirre, el Hospital Regional de Xalapa agradece su legado.



TRAYECTORIA

MASS. ROCÍO PALACIOS RAMOS

- Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétario en 2007.
- Cursa la Especialidad en Terapia Enterostomal en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN-UNAM).
- Realiza la Maestría en Administración de los Servicios de Salud en el Instituto Universitario Veracruzano de 2010 a 2012.
- Actualmente está adscrita a la Jefatura de Enfermería del Hospital Regional de Xalapa.

A la edad de 17 años inicia su recorrido de pasantía por este hospital.

Su experiencia más grata ha sido que en alguna ocasión, una de sus pacientes le apretó la mano con fuerza y le dijo que la bendecía porque le gustaba su trabajo. Ella tiene claro que los pacientes no son un negocio, sino son vidas que atender, por lo que considera a este hospital como su segunda casa y ve a sus pacientes como una familia.

Tras treinta y dos años de experiencia profesional, ha recorrido todos los turnos de este nosocomio y aplica sus conocimientos y los ejecuta para salvaguardar la integridad y la vida de sus pacientes, dándoles confort y seguridad en el ámbito hospitalario.

Refiere que su experiencia más triste ha sido cuando una paciente llegó con perforación de útero por un aborto incompleto. “Estaba muy joven -17 años- y me sorprendió mucho, ya que la paciente había ido a realizarse un aborto a un lugar clandestino y terminó su vida en mi servicio por una hemorragia”.





“Ver evolucionar positivamente a los pacientes, que mejoren y que estén tranquilos es mi mayor satisfacción”



DR. GUSTAVO ARENAS BENHUMEA

- Miembro de la Generación 81-85 de la Facultad de Medicina. Obtiene su título de Médico Cirujano 1990, de la Universidad Veracruzana.
- Consigue su especialidad en Medicina Interna Sector Salud Ciudad de México, en el año 2000.
- Capacitación por parte del Colegio Americano de Cirujanos “Advanced Trauma Life Support” en el año 2001.
- Dentro de su formación académica, tiene por parte del Colegio de Medicina Interna de la Ciudad de México, el curso sobre “Actualidades en el Manejo de Insulina”
- Labora desde el año de 1990 en el Hospital Regional de Xalapa Dr. Luis F Nachón.
- Profesor de posgrado de Especialidades médicas integradas y Asesor de tesis de pregrado.
- En el año 2006, fue profesor Titular de Medicina Integrada y Presidente de la Sociedad Médica HRX.
- En el mismo año, obtiene su preparación sobre la “Educación Médica Continua en Hipertensión Arterial” en Ciudad de México.
- A la fecha es Medico adscrito al Departamento de Medicina Interna de este hospital

Médico excepcional con más de cuarenta años de servicio. En su entrevista relata que lo que más le llena en su quehacer diario, es mantener en control a los pacientes y que se vayan bien. Sus retos siguen siendo mejorar el conocimiento eminentemente clínico y lamenta que en algunos casos, las nuevas generaciones no se centren en la revisión de pacientes y de esta manera, enfatiza, se va perdiendo la clínica.

Durante su extensa trayectoria, recuerda que organizó mes con mes en la Sociedad Médica, pláticas con médicos externos a la sede, denominadas “Jornadas Médicas”, a fin de que los médicos aprendendieran y se actualizaran con lo que otros hospitales en esos momentos hacían. Algunos de los temas que promovió fueron. Nutrición en Diabetes, Angina de pecho, Oncopatología y Hematoncología.



“El Algoritmo no supera el humanismo“
-Anónimo



“AGRADEZCO PROFUNDAMENTE A MIS MAESTROS, LOS DOCTORES: FÉLIX MARTÍN GARCÍA Y CARLOS SUÁREZ JÁCOME POR ENSEÑARME CON PACIENCIA”

ÁREAS DEL HOSPITAL

UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

VIGILAR ES CUIDAR: TRES DÉCADAS DE EVOLUCIÓN DE LA UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA

Dra. Virginia Guadalupe Abarca Morales.

Jefa de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica

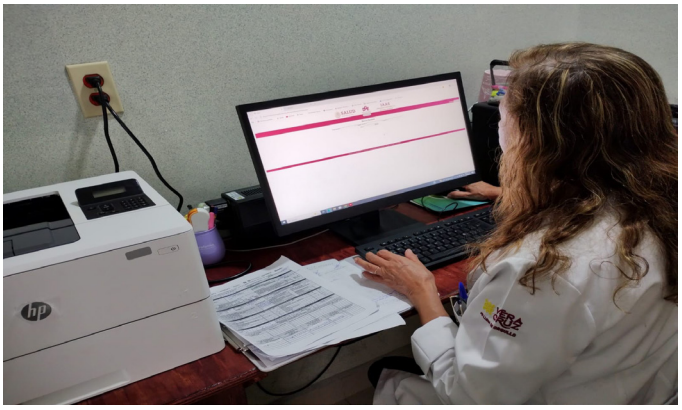
Recordar nuestro origen nos reafirma que la vigilancia epidemiológica no consiste únicamente en registrar enfermedades, sino en anticiparlas, prevenirlas y proteger a quienes depositan su confianza en nuestro hospital. A lo largo de más de tres décadas, la UVEH ha evolucionado de un pequeño equipo dedicado al registro de casos a una unidad estratégica para la seguridad del paciente, la calidad asistencial y la toma de decisiones. Ese legado inspira nuestro compromiso de seguir creciendo, innovando y fortaleciendo una cultura institucional donde prevenir siempre sea tan importante como curar.

La epidemiología nació de la necesidad humana de comprender las enfermedades más allá del paciente individual. Desde las observaciones de Ignaz Semmelweis sobre la higiene de manos, el análisis sistemático de la mortalidad desarrollado por William Farr y el mapeo del cólera por John Snow en el siglo XIX, la disciplina evolucionó de una postura meramente reactiva ante las epidemias hacia el método científico que sustenta la salud pública moderna y la seguridad en la atención médica.

En México, el desarrollo epidemiológico cobró fuerza durante el siglo XX con la consolidación del sistema de salud pública y la posterior creación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). Este modelo permitió no solo el rastreo de padecimientos transmisibles en la población, sino también el establecimiento de normas para la inmunización masiva, el tamizaje oportuno y el control de brotes en los tres niveles de atención. En este contexto se inscribe la historia de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) del Hospital Regional de Xalapa Dr. Luis F. Nachón.

A nivel local, la integración formal de los servicios de Epidemiología y Medicina Preventiva en nuestro hospital inició en 1995. En sus albores, la UVEH constaba únicamente de dos personas: la Dra. Ma. Antonieta Millán Guillén, primera jefa del servicio, y una enfermera. Juntas sentaron las bases con la elaboración del Informe semanal de casos nuevos.

Con el paso del tiempo, la UVEH asumió responsabilidades de mayor complejidad. Para 1997, se logró la incorporación de la detección, prevención y control sistemático de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS). A la par, el área de medicina preventiva daba sus primeros pasos con la aplicación de las vacunas BCG y Sabín a los recién nacidos, además de la toma de tamiz neonatal (de cordón umbilical y talón), expandiéndose posteriormente a esquemas biológicos más amplios y a la Detección Oportuna de Cáncer (DOC) mamario y cervicouterino.



El crecimiento del servicio ha sido guiado por destacados profesionales que han dejado su huella. Tras el periodo fundacional de la Dra. Millán, la Dra. Evangelina Montes Villaseñor asumió la jefatura entre 2009 y 2010, etapa que concluyó al aceptar la coordinación de investigación en SESVER. Tras su partida, aconteció una breve transición de tres semanas a cargo del Dr. Salvador Galván Lorca, retornando posteriormente la Dra. Millán al frente de la UVEH hasta 2014 cuando la Dra. Olga Adriana Flores Loman tomó el liderazgo del servicio e impulsó de manera sostenida la estructura operativa del área hasta finales de 2025.

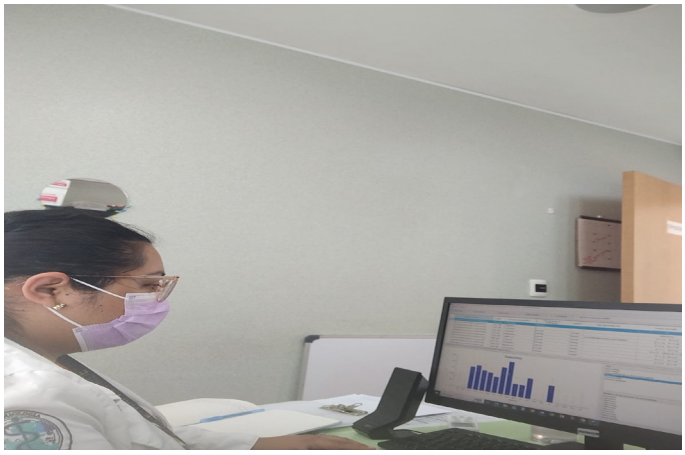
Fue en esta etapa de expansión cuando la UVEH experimentó un cambio físico fundamental: el traslado del edificio principal de hospitalización hacia el edificio adjunto (espacio que ocupaba anteriormente el CAPASITS previo a su mudanza a las instalaciones del CAE), dotando a la unidad de una sede propia y delimitada.

El cierre de 2025 marcó el inicio de un nuevo periodo cuando la Dra. Virginia Guadalupe Abarca Morales, médica especialista en epidemiología, asumió la jefatura del servicio.

La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) de hoy representa una evolución notable respecto de aquel pequeño equipo inicial de dos personas de 1995. Actualmente, el servicio sostiene su dinámica diaria gracias a la integración operativa de cuatro médicos epidemiólogos (distribuidos en turno matutino y jornada acumulada), un médico parasitólogo, dos enfermeras generales, un apoyo administrativo y un profesional en estadística hospitalaria.

Para responder a la complejidad de nuestro hospital, la labor se articula de forma estratégica. Una de nuestras médicas epidemiólogas abandera el área de Salud Materna y Perinatal, centrada en el seguimiento riguroso de la Morbilidad Materna Extremadamente Grave (MMEG), el Alto Riesgo Obstétrico (ARO), Defectos al Nacimiento y la vigilancia de la Muerte Materna. A la par, el área de Vigilancia Epidemiológica General y SINAVE es coordinada por otro especialista en el área, a cargo de la notificación obligatoria y el monitoreo de los sistemas especiales. Para garantizar que la vigilancia no se detenga en días no hábiles, una epidemióloga en jornada acumulada mantiene la cobertura continua durante fines de semana y festivos.

En el pilar de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), el trabajo se sincroniza entre la detección clínica y la supervisión en campo: la médica parasitóloga enfocada en el área encabeza la búsqueda activa y detección oportuna de IAAS en las salas de hospitalización, mientras que la enfermera del servicio supervisa la aplicación de los protocolos de bioseguridad, capacita constantemente al personal operativo e incentiva las buenas prácticas de higiene de manos, en estrecha coordinación con la Coordinación de Calidad.



Además, la UVEH participa en el diseño y actualización de protocolos de bioseguridad, coordina técnicamente la respuesta ante brotes epidémicos y la gestión institucional de riesgos, e impulsa el Programa de Optimización del Uso de Antimicrobianos (PROA), contribuyendo a enfrentar el desafío creciente de la resistencia bacteriana.

Finalmente, la prevención primaria continúa firme a través de la enfermera de Medicina Preventiva, a cargo del esquema de vacunación, la toma de tamiz neonatal (de talón) y el programa DOC, respaldados en todo momento por la labor estadística y administrativa que da certeza y rigor a nuestros indicadores.

Al mirar hacia atrás, es innegable el avance abismal que ha tenido la UVEH gracias al compromiso de cada directivo, médico y enfermera que formó parte de su historia. Cada etapa sumó un ladrillo clave para construir lo que la UVEH es hoy.

Sin embargo, la epidemiología moderna es dinámica y la demanda hospitalaria crece día con día. Como toda unidad operativa en constante evolución, miramos al futuro con la firme meta de seguir fortaleciendo nuestra capacidad de respuesta. Vislumbramos con entusiasmo retos que nos permitirán seguir mejorando: la consolidación del apoyo epidemiólogo en el turno vespertino, la ampliación de la plantilla de enfermería especializada en control de infecciones y la futura integración de Infectología a la UVEH.

APORTACIONES EN SALUD

INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA MODIFICACIÓN DE HIGIENE ORAL Y HÁBITOS DE HIGIENE DE SALUD ORAL EN USUARIOS DE LA UNIDAD DE VIDA SALUDABLE (UVISA)

Dra. Violeta Cuauhtle Márquez,[1] E.P. Alejandra Rodríguez Escobar[2], C.D. Blanca Estela Morales Gutiérrez[3].

Introducción.

La salud bucodental es considerada uno de los factores clave para conservar la salud y la calidad de vida en general, está definida por la OMS (2003) como un "estado exento de dolor bucodental o fácil crónico, cáncer de la cavidad bucal o la garganta infección oral y anginas, periodontopatías, caries dental, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan la capacidad de una persona para morder, masticar y sonreír y hablar, así como su bienestar psicosocial".

Por otra parte, se contempla en la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales a la educación para la salud como una estrategia fundamental para prevención de patologías bucodentales, en donde se incluyen acciones de orientación y capacitación en materia de salud bucal, entre otras (Secretaría de Salud, 2015).

Por lo anterior, en Unidad de Vida Saludable se tienen contempladas acciones en salud para el usuario y la comunidad, por lo que se realizó una intervención educativa en el área de salud oral.

El objetivo general del estudio fue Identificar la modificación de la higiene oral y hábitos de salud oral en usuarios de la Unidad de Vida Saludable después de una estrategia educativa.

Metodología utilizada

Estudio longitudinal y analítico en el periodo de enero de 2017 agosto del 2018, en 116 usuarios del Área de Salud Oral de la Unidad de Vida Saludable que han acudido a valoración, mayores de 8 años, que aceptaran participar y que contaran con las piezas dentales 11,12, 21, 22, 26, 31, 32, 41, 42, 36 y 46.

Se realizó un diagnóstico inicial utilizando el Índice de Higiene Oral Simplificado, el cual determina el promedio de los detritos bucales y cálculos dentarios, que permite determinar el grado clínico de higiene bucal y se clasifica en: Excelente, Buena, Regular y Mala (Ríos & García, 2012)

Las variables de estudio comprendieron, la edad, género e hábitos de higiene Oral: cepillado dental en cuanto a la frecuencia y ejecución de la técnica, la cual se evaluó mediante una guía diseñada en la Unidad de Vida Saludable que se clasifica en Hábitos de Higiene Oral Correcta, Regular y Deficiente.

Se procedió a realizar sesiones educativas de manera personalizada en cada consulta, donde se explicaba de manera demostrativa la técnica de cepillado (Técnica de Stillman Modificada), así como la importancia en su frecuencia (Rizzo, et al. 2016; Santa Cruz, 2017; Cubas & Soplín, 2016).

Se realizó una evaluación final para medir el impacto de la intervención educativa, los datos fueron analizados con Microsoft Excel 2013.

1. Coordinadora General de la Unidad de Vida Saludable (UVISA).

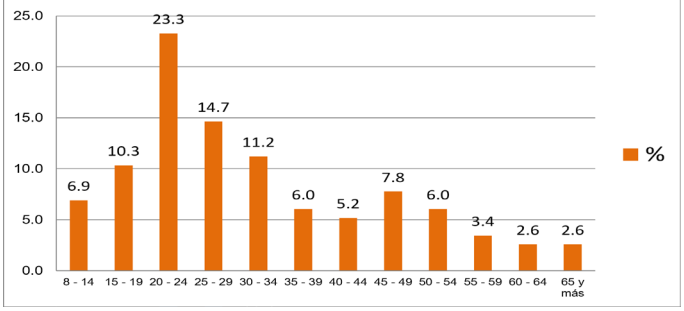
2. Responsable del Área de Salud Oral (UVISA).

3. Apoyo del Área de Salud Oral (UVISA).

Resultados

De la población de estudio 84% pertenecen al género femenino y el 13% al masculino. En cuanto a los grupos de edad, el 6.9% correspondió a los participantes entre 8 y 14 años, 10.3% a los de entre 15 y 19 años, 23.3% a los de 20 a 24 años, 14.7% a los de 25 a 29 años, 11.2% a aquellos entre 30 a 34 años, 6% al grupo entre 35 a 39 años, 5.2% a los de 40 a 44 años, 7.8% al grupo entre 45 a 49 años, 6% al grupo de entre 50 a 54 años, 3.4% al grupo de 55 a 59 años, 2.6% tanto en el grupo de 60 a 64 años como en el de 65 años y más (Gráfico 1).

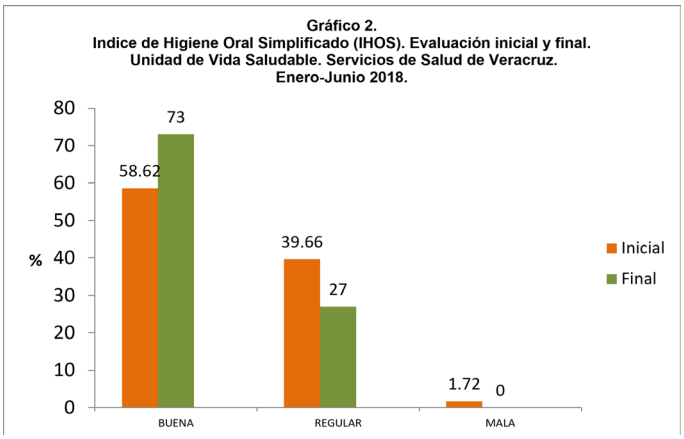
Gráfico 1.
Porcentaje de usuarios de Salud Oral por grupo de edad y sexo.
Unidad de Vida Saludable. Servicios de Salud de Veracruz.
Enero Junio 2018.





Respecto a la evaluación del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) en la evaluación inicial, ninguno de los participantes se situó en la clasificación de "Excelente", 58.62% se ubicó en "Buena", mientras que el 39.66% en "Regular" y 1.72% en "Mala; mientras que en la subsecuente evaluación 73% se ubicaron en "Buena" y 27% en "Regular" (Gráfico 2).

Gráfico 2.
Indice de Higiene Oral Simplificado (IHOS). Evaluación inicial y final.
Unidad de Vida Saludable. Servicios de Salud de Veracruz.
Enero-Junio 2018.

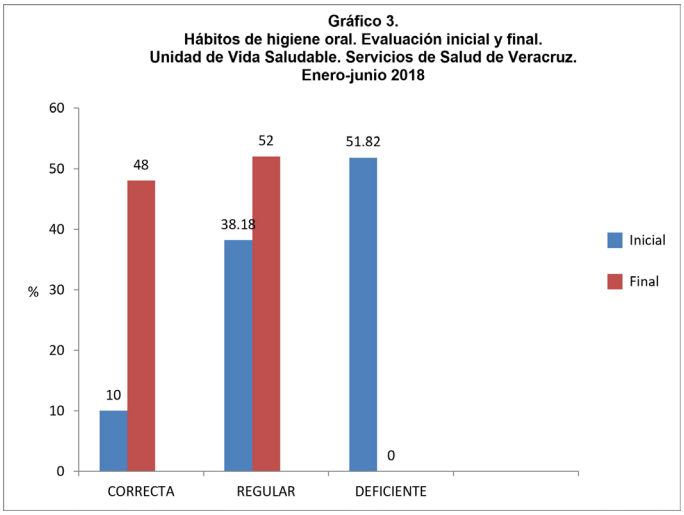




En cuanto a los hábitos de higiene oral, en la evaluación inicial 10% se ubicó en "Correcta", 38.18% en "Regular" y 51.82% en "Deficiente".

En la segunda evaluación 48% de los participantes se ubicó en "Correcta" y 52% en "Regular". Ningún participante se ubicó en "Deficiente" (Gráfico 3).

Gráfico 3.
Hábitos de higiene oral. Evaluación inicial y final.
Unidad de Vida Saludable. Servicios de Salud de Veracruz.
Enero-junio 2018



Conclusión

Posterior a la intervención mejoraron las condiciones de higiene oral, aunque no se logró que ningún participante alcance la calificación de “Excelente”, en cuanto a los hábitos de higiene oral, la intervención logró una mejora importante ya que impactó en la condición bucal y además en la promoción de los hábitos de vida saludables.

Sin embargo, es conveniente que este tipo de intervenciones sean una práctica frecuente del personal de salud que permita disminuir la incidencia de patologías bucales en todos los grupos etáreos, los que conjuntamente con una alimentación adecuada, permitan coadyuvar a la salud de la población.



Bibliografía

Avalos, J. C. (2016). Nivel de conocimientos en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana. KIRU Revista de la Facultad de Odontología-Universidad de San Martín de Porres, 12(1).

Corchuelo, J. (2011). Sensibilidad y especificidad de un índice de higiene oral de uso comunitario. Colombia Médica, 42(4).

Cubas, C., & Soplín, J. (2016). Eficacia de las técnicas de cepillado dental Bass modificado y Stillman modificado para disminuir la placa bacteriana en los alumnos del CEPRE–UNAP segunda etapa 2015-turno Mañana. Recuperada https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/3449

Moya, P., Chappuzeau, E., Caro, J. C., & Monsalves, M. J. (2012). Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. Revista Estomatológica Herediana, 22(4), 197-202.

Muñoz-Cabrera, W. E., & Mattos-Vela, M. A. (2015). Técnica educativa para mejorar los conocimientos de salud oral de madres y reducir el índice de higiene oral de preescolares. International journal of odontostomatology, 9(2), 321-327.

Petersen, P. & WHO Oral Health Programme. (2003). The world oral health report 2003 continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. World Health Organization. Recuperado: https://apps.who.int/iris/handle/10665/6850

Reynoso, V. M. G., Morales, G., Gracia, A., Soto, C. G. M., Gurza, M. E. R., & Luengas Quintero, E. (2009). Epidemiología de caries dental y factores de riesgo asociados a la dentición primaria en preescolares. Revista de la Asociación Dental Mexicana, 66(3), 10-20.

Ríos, N., & García, M.. (2012). Determinación de los Índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México. Revista Chilena de Salud Pública, 16(1), 26-31.

Rizzo, L., Torres, A., & Martínez, C. (2016). Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. CES Odontología, 29(2), 52-64.

Saliba, N., Tumang, A., & Saliba, O. (1974). Estudio comparado del índice de higiene oral simplificado. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. OPS. Recuperado: https://iris.paho.org/handle/10665.2/10735

Santa Cruz, L. (2017). Eficacia de las técnicas de cepillado dental Bass modificada y Stillman modificada para disminuir la placa bacteriana en padres de familia del Asentamiento Humano Nuevo Progreso Chiclayo 2016. (diserttation thesis). Universidad Alas Peruanas. Perú. Recuperada https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/5471

Secretaria de Salud. (2015). Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales. México: Secretaría de Salud. Recuperada:http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5462039&fecha=23/11/2016

Saliba, N., Tumang, A., & Saliba, O. (1974). Estudio comparado del índice de higiene oral simplificado. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. OPS. Recuperado: https://iris.paho.org/handle/10665.2/10735

Santa Cruz, L. (2017). Eficacia de las técnicas de cepillado dental Bass modificada y Stillman modificada para disminuir la placa bacteriana en padres de familia del Asentamiento Humano Nuevo Progreso Chiclayo 2016. (diserttation thesis). Universidad Alas Peruanas. Perú. Recuperada https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/5471

Secretaria de Salud. (2015). Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales. México: Secretaría de Salud. Recuperada:http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5462039&fecha=23/11/2016

EDUCACIÓN EN SALUD

NARRATIVA DE LA RUTA DE ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE XALAPA DR. LUIS F. NACHÓN

Psic. Estela Rodríguez Ángel

Enlace de la NOM 046 y Aborto Seguro.

La atención de la violencia en México, se ha construido a través de grandes esfuerzos con Instituciones Federales y Estatales, enfocadas en la prevención, asistencia médica, psicológica y protección legal de las víctimas, centrada en la violencia de género, contra las mujeres y familiar, así como hacia todas aquellas poblaciones que son vulnerables y que impacta en su estado de bienestar integral. Desde este punto de vista, se puede considerar que los efectos de la violencia son innumerables, generando enfermedades orgánicas y/o crónicas, que pueden llegar a incapacitar a una persona, o efectos en la salud mental con la presencia de síntomas que sugieren un trastorno del estado de ánimo, personalidad o incluso mental, los llamados costos intangibles como el dolor crónico del sufrimiento, angustia, depresión, pensamiento suicida, estrés agudo.

El compromiso Institucional se fortalece en las acciones que se realizan por parte del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en materia de prevención y atención de la Violencia Familiar y de Género, así como de documentos técnicos y de carácter normativo emitidos por este Centro para dar cumplimiento a las Leyes y Acuerdos Nacionales e Internacionales. Con la NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y violencia contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, se generó la pauta para la creación del Programa de Atención a la Violencia y la gestión de políticas públicas que legislen el acceso al aborto seguro en el estado.

Por esta razón, desde tiempo atrás en el Hospital Regional de Xalapa Dr. Luis F. Nachón se tuvo la iniciativa de brindar atención a víctimas en situación de violencia física y sexual, en 2020 se integra el equipo de trabajo de la NOM-046 y se nombra al enlace responsable, con la intención de construir la estrategia operacional al interior de la institución. Por lo que se consideró que sea personal de salud en hospital quien funja como enlace para la comunicación, vinculación y reporte de los casos relacionados con la atención a la violencia familiar, sexual y de género en el marco de dicha normatividad. Al sumarse este hospital a la estrategia nacional e internacional sobre la atención de la violencia de género, ha permitido colaborar en la atención de las dos alertas de género activas en el estado de Veracruz, “Feminicidio y Agravio Comparado”, así como, visibilizar esta problemática social y crear procesos de atención institucionales como lo son:



•Atención a personas en situación de violencia física o sexual.

•Detección de violencia en embarazadas adolescentes (menor de 19 años).

•Protocolo de atención de aborto seguro (IVE/ILE).

Integrándose de esta manera, la evidencia documental al interior del hospital en colaboración con la Dirección, Subdirección Médica y Administrativa, así como las diferentes áreas operativas con un equipo multidisciplinario entre los que destacan: medicina (urgencias), psicología, trabajo social, ginecología y obstetricia, pediatría, apoyo administrativo, enseñanza y capacitación, así como, áreas que fortalecen la operatividad de este programa prioritario.

Con estas líneas de trabajo se han logrado documentar 874 casos de atención en 2025, con diagnósticos de violencia sexual, física, psicológica y negligencia/abandono. Es importante mencionar que, gracias a la gestión integral de la unidad con las distintas líneas jerárquicas y el enlace con el Programa de Violencia de Género y Aborto Seguro, tanto Estatal como Jurisdiccional, se ha contado con los insumos necesarios para la atención inmediata de la violencia sexual, específicamente violación, dar acceso a la atención médica y acompañamiento empático, sensible

con la víctima. Esta experiencia definitivamente es de enseñanza-aprendizaje, cuando se habla de empezar a trabajar con una problemática social, no se imagina el servidor público todo lo que implica decir "dar acceso", al ser una unidad hospitalaria, se puede pensar que solo es cuestión de ir a urgencias, sin imaginar los retos y desafíos que involucra, o la ineludible autoevaluación para acciones de mejora continua.

En el Hospital Regional de Xalapa Dr. Luis F. Nachón, es en el año 2020, que empezó a construirse el antecedente institucional con una libreta morada y actualmente se cuenta con estadísticas, bitácoras, soportes documentales de la atención a personas en situación de violencia, acompañados de la gestión de recursos tanto humanos como materiales, cómo imaginar los alcances institucionales si pareciera que solo se trata de atender a una víctima, pero atrás de eso hay personal que van a facilitar un expediente clínico, un vigilante que anotara la entrada y salida por seguridad, un dispensador de medicamentos, un camillero que apoyara en un traslado a otra área, personal de enfermería, área médica, trabajo social y psicología que realizarán esa atención integral para reparar el daño en estas personas que son víctimas de agresiones físicas y emocionales, que se percibe un sufrimiento, temor al juicio y discriminación, sin embargo, hoy en día existe personal sensibilizado y empático para otorgar un trato digno, un equipo de trabajo abierto al aprendizaje constante, a quienes expreso mi mas sincero reconocimiento y agradecimiento, ya que sin el apoyo y colaboración, esto no sería una realidad operativa.De igual modo, se ha trabajado en el Programa de Aborto Seguro, en materia de los derechos sexuales y reproductivos, mismo que corresponde al componente 5 del Programa Nacional. Hablar del aborto es complejo, pues no es un tema de moda, se trata de atender recomendaciones internacionales hechas a México para alcanzar los más altos estándares de salud.

De acuerdo con la Federación Internacional de Planificación Familiar se debe procurar el bienestar a través de la promoción y la atención integral de la salud, es un deber que incluye al menos 3 componentes centrales: promover políticas de educación sexual integral y acceso a métodos anticonceptivos, tomar decisiones consientes, libres e informadas sobre sus vidas y acceso a servicios de interrupción legal del embarazo de forma segura para casos permitidos por la ley.



Actualmente, se tiene registro de que, en el mundo, siguen existiendo prácticas de interrupción del embarazo, que son de riesgo para la salud de la mujer, que terminan en hospitalizaciones graves o incluso en la muerte. Por esta razón es que existe el compromiso social de dar acceso a información sobre métodos de planificación/anticoncepción para el ejercicio libre y sano de la sexualidad, entendida esta como un derecho, que las personas tomen decisiones de manera informada y en caso necesario tener acceso a la interrupción de un embarazo no planeado ni deseado, de manera segura, por libre decisión de la mujer y con el acompañamiento de profesionales de la salud.

Hoy es una realidad este programa en la unidad, posterior a la reforma del articulo 149 y 154 del Código Penal del Estado de Veracruz y la despenalización del Aborto por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en 2021; con apoyo del área de Ginecología y Obstetricia, quienes se sumaron para la operatividad del programa y por supuesto a la gestión directiva y administrativa, ya que también se requirió del esfuerzo de diferentes áreas para la atención de las usuarias que año con año se han acercado para solicitar una Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Así mismo, para atender aquellas pacientes que han sido victimas de una violación y producto de esta se encuentran embarazadas, se les facilita información para la atención de la violencia sexual, derecho a denunciar y si es su voluntad solicitar y tener acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

Para concluir, debo decir ha sido un camino con alta y bajas, tratar una problemática social que ha generado opiniones divididas, ha sido tema de reuniones extensas, sensibilización y capacitación para visibilizar que la violencia impacta más de lo que el imaginario social piensa, a poblaciones vulnerables como lo son niños, niñas, adolescentes, mujeres e incluso a personas de la tercera edad, sin lugar a dudas existe el compromiso y la continuidad a estas acciones dentro del Hospital Regional de Xalapa Dr. Luis F. Nachón para una vida digna, libre de violencia y con acceso a la Salud.

Referencias Bibliográficas

Norma Oficial Mexicana Nom-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. criterios para la prevención y atención. DOF ultima actualización 24 de marzo de 2026.

Protocolo para la atención médica a víctimas de violencia sexual. Servicios de Salud de Veracruz. Gaceta Oficial del estado de Veracruz. 27 de noviembre de 2020.

Programa de aborto seguro para el estado de Veracruz de Servicios de Salud de Veracruz. Gaceta Oficial del estado de Veracruz. 11 de noviembre de 2021.

GUIAS DE PRÁCTICA CLINICA 2027

MIC. Dr. Jorge Rafael Chávez Del Valle.
Médico Especialista Adscrito como apoyo a la Coordinación de Calidad.

El Plan Estratégico Sectorial para la Implementación de Guías de Práctica Clínica (GPC) mediante Algoritmos de Atención Clínica, establece los mecanismos y acciones para la difusión, capacitación e implementación de las GPC.

Tiene por objeto orientar la estandarización de los procesos de atención médica, a través de la implementación de acciones específicas que permitan mejorar la eficacia de las intervenciones del personal de salud, así como la eficiencia de los procesos clínicos, mediante dichos algoritmos.

Se espera que las acciones de mejora resultantes de la experiencia en la utilización de las GPC, contribuya a la estandarización de la atención médica en los padecimientos prioritarios a nivel nacional, y ello a su vez mejore la calidad técnica de la atención y la seguridad de los pacientes en los establecimientos de atención médica (EAM).

De esta manera, se fortalece las redes de servicios entre los diferentes niveles de atención, mejore la eficacia en el sistema de referencia y contrarreferencia, así como fortalezca el trabajo multidisciplinario en los procesos de atención; para ello es de vital importancia que las instituciones públicas del sector participen en la ejecución de este Plan Estratégico, en el corto plazo.

Gobierno de México | IMSS BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD | HOSPITAL REGIONAL DE XALAPA HRX 200 AÑOS Dr. Luis F. Nachón

COORDINACIÓN DE CALIDAD Y DESARROLLO HOSPITALARIO
HOSPITAL REGIONAL DE XALAPA DR. LUIS F. NACHÓN

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

CUADRO DE CAPACITACIONES 2027

CICLO 1	CICLO 2	CICLO 3
Comprende del mes de enero al mes de abril, con capacitación en línea.	Comprende del mes de mayo al mes de agosto, con capacitación en línea.	Comprende del mes de septiembre al mes de diciembre, con capacitación en línea.
1. **Depresión** GPC: IMSS-194-10, ISSSTE-131-08, IMSS-161-09	1. **Sobrepeso y obesidad** GPC: SS-025-08, IMSS-046-08, IMSS-684-13, IMSS-690-13, SS-742-15	1. **Cáncer de mama** GPC: S-001-18, SS-743-15, IMSS-232-09
2. **Infarto agudo de miocardio** GPC: IMSS-357-13, IMSS-672-13, SSA-152-08	2. **Hipertensión arterial** GPC: IMSS-735-14, IMSS-238-09, IMSS-076-08, IMSS-739-15	2. **Cáncer del cuello del útero** GPC: IMSS-333-09, S-146-08
3. **Diabetes mellitus** GPC: IMSS-657-13, ISSSTE-130-10, SS-093-08, IMSS-718-14, IMSS-717-14	3. **Leucemia** GPC: SS-061-08, SS-747-15, SS-760-15	3. **Embarazo** GPC: IMSS-028-08, IMSS-628-13, IMSS-580-12, IMSS-052-08, SS-218-09, IMSS-605-13, IMSS-063-08, SS-118-08, IMSS-078-08, IMSS-162-09, IMSS-182-09, ISSSTE-681-13, IMSS-272-10, IMSS-320-10, SS-784-15, IMSS-589-13, ISSSTE-124-08, IMSS-606-13, IMSS-246-12, SS-026-08, IMSS-088-08, IMSS-567-12, IMSS-058-08, IMSS-586-12, S-020-08, IMSS-436-11, IMSS-538-11, SS-103-08
Periodo 2027: Inscripción en línea: enero a marzo.	**Periodo 2027:** Inscripción en línea: mayo a julio.	**Periodo 2027:** Inscripción en línea: septiembre a noviembre.

DÍAS INTERNACIONALES EN SALUD

DÍA MUNDIAL DE LA ALIMENTACIÓN Y LA DIETA DE LA MILPA

Nut. Omar Cordero Flores MNH
Unidad de Salud Xalapa-Enriquez Dr Gastón Melo
IMSS Bienestar

Cada 16 de octubre se conmemora el llamado Día Mundial de la Alimentación, uno de los días más celebrados por las Naciones Unidas mediante la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). La idea central de conmemorar el Día Mundial de la Alimentación nace de la necesidad de buscar las herramientas intersectoriales para lograr acabar con el hambre en el mundo.

Este año la frase que conmemora el día es "Innovar hoy para nutrir mañana", un recordatorio de como la innovación está transformando la forma en que se generan nuestros alimentos desde la producción, el almacenamiento, la transportación y la comercialización de los mismos.

La modernización del campo no es un proceso aislado sino un esfuerzo global y social que incluye los saberes tradicionales de las comunidades locales mediante los agricultores, pescadores, ganaderos y técnicos y la fusión de la ciencia y la tecnología del gobierno y sector privado. Entendiendo que una evolución alimentaria real solo es posible uniendo la innovación científica con la diversidad de saberes del campo, el mar y los negocios.

A nivel mundial se producen alimentos suficientes para alimentar a toda la población mundial, sin embargo, 645 millones de personas siguen padeciendo hambre y 2690 millones no pueden permitirse una dieta saludable [1]. La innovación en el campo, no solo permite producir más alimento sino buscar alimentos más seguros, más accesibles y más nutritivos que puedan reducir esa brecha entre el acceso de un grupo poblacional a esos alimentos y la incapacidad de otra población de consumirlos.



El profesional de la nutrición debe entender que la frase "innovar hoy para nutrir mañana" no solo tiene un impacto en el medio agrícola sino que es un pilar de la salud. No podemos elegir alimentos saludables si el sistema agroalimentario está incompleto o es insuficiente, ni podemos elegirlos para nuestros pacientes si el acceso a los mismos es prácticamente imposible. Cuando la tecnología aplicada a la producción de alimentos en cualquiera de sus ramas va de la mano con la experiencia de quienes históricamente saben cómo se comporta la tierra, el mar o el ganado; el resultado debe ser un espacio más adecuado para la agricultura, pesca y ganadería y a su vez, un alimento más saludable. Es vital que el profesional de nutrición conozca y adopte los alimentos regionales y cercanos a su espacio en las estrategias nutricionales de sus pacientes; esto traerá consigo que el plato contenga alimentos que no recorrieron cientos de kilómetros hasta su mesa, que tengan mayor tradición culinaria para la persona y que, a su vez, contribuya a fomentar la economía local.

En diversas partes del mundo, cobra una mayor relevancia la promoción de modelos de alimentación que beneficien la producción y consumo local junto con los comportamientos y costumbres para su uso. Y es aquí donde conviene ampliar el sentido de la palabra innovar.



Innovar no siempre parte de cero ni tampoco desarrollar un alimento ultraprocesado, también significa documentar y dar valor científico a sistemas alimentarios que se han consumido desde siempre de forma tradicional y han sostenido la dieta de comunidades enteras. La llamada Dieta de la Milpa es precisamente eso: un modelo de alimentación saludable adecuado, sostenible y disponible a nuestra población basado en la cultura y características regionales de la alimentación mexicana. La dieta de la Milpa combina sabor, historia, cultura y sostenibilidad y por eso, representa una de las respuestas más concretas que México puede contribuir al lema de este año.

Históricamente la Milpa es un sistema agrícola donde conviven diferentes alimentos cultivados en el mismo espacio. El maíz, el frijol, la calabaza y el chile comparten suelo pero a su vez, al unirse en la mesa, cada uno contribuye con diferentes nutrientes a la salud de quien la consume. La milpa es uno de los sistemas agroalimentarios más efectivos queexisten; el policultivo tiene múltiples ventajas sobre el monocultivo, produce insumos durante todo el proceso de producción y no solo al final del ciclo de cultivo[2] .

Por sus componentes nutricionales ricos en fibra, vitaminas, proteínas, bajo en grasas saturadas y mínimo procesamiento, es una dieta muy amigable para personas sanas pero también puede adaptarse a personas con Diabetes, Hipertensión Arterial, Dislipidemias y enfermedades hepáticas.

El mundo vive una epidemia de enfermedades crónicas que siguen conviviendo con deficiencias alimentarias y desnutrición en la llamada doble carga de malnutrición. Labúsqueda de soluciones no solo debe mirar hacia el futuro tecnológico, sino también hacia la revalorización de los sistemas alimentarios locales que han demostrado ser resilientes y sostenibles a lo largo del tiempo. La Milpa, más allá de ser un modelo de consumo alimentario saludable, también es un recordatorio de que la innovación no solo mira para adelante, sino que puede echar raíces de conocimientos prehispánicos.

Celebrar el Día Mundial de la Alimentación desde la trinchera de la Nutrición en México implica mirar la Milpa con ojos a futuro. Promover este modelo de alimentación no solo es preservarlo como acto de nostalgia cultural sino reconocerlo como una estrategia clínica paragarantizar el derecho a la alimentación saludable. Innovar hoy para nutrir mañana, en México también significa mirar a la Milpa.





Uno de los aspectos más importantes es la nixtamalización del maíz, proceso donde el maíz obtiene calcio de la cal con la que se le realiza además de mejorar la digestión del maíz. Este conocimiento desapercibido por la población es una autentica innovación alimentaria milenaria y da un valor biológico extra al maíz. Este maíz unido al frijol, aporta aminoácidos esenciales que al unirse producen una proteína de valor biológico alto, es decir, una proteína completa. La calabaza es una verdura rica en vitaminas y antioxidantes como la vitamina A y vitamina E además de aportar fibra y agua a nuestro cuerpo. Y el chile, con su picor característico, contiene una sustancia de nombre capsaicina, un antioxidante con capacidades antiinflamatorias y protectoras celulares.

A estos alimentos que componen de forma básica la Milpa, podemos agregarle otros alimentos que la complementan tales como nopales, jitomate, quelites, semillas, verdolagas y frutas además de incluso, hierbas comestibles y plantas medicinales. Algunos de estos alimentos, suelen incluso brotar de manera espontánea en la milpa como los quelites y hierbas comestibles que suelen ser rechazadas en otras culturas pero que en México brindan más características organolépticas a los platillos tradicionales.

1 Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). https://www.fao.org/world-food-day/about/es. Fecha de consulta 19/08/2026.

2 Fortalecimiento de la Salud con Comida, Ejercicio y Buen Humor: La Dieta de la Milpa. Modelo de Alimentación Mesoamericana Saludable y Culturalmente Pertinente. Secretaría de Salud. Enero 2020.

Del 1 al 07 de agosto de 2026

SEMANA INTERNACIONAL DE LA LACTANCIA MATERNA 2026: FORTALECIENDO LAS ACCIONES QUE FUNCIONAN DESDE EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO

Dra. Ana Patricia Altamirano Aburto, Jefa del Servicio de Pediatría y en créditos

En el marco de la Semana Internacional de la Lactancia Materna 2026, el Hospital Regional de Xalapa Dr. Luis F. Nachón, a través de su Comité Hospitalario de Lactancia Materna, desarrolló una semana de actividades académicas, educativas y participativas orientadas a fortalecer los conocimientos y las prácticas del personal de salud en torno a la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna.



Bajo el lema “Lactancia materna: un inicio sostenible en cualquier circunstancia. Fortalezcamos las acciones que funcionan”, la conmemoración de este año hizo énfasis en reconocer y consolidar aquellas estrategias que han demostrado favorecer la lactancia materna, así como en fortalecer la colaboración entre los distintos actores que conforman la Cadena Efectiva de Apoyo.

La jornada inició con una ceremonia de inauguración, en la que autoridades hospitalarias, integrantes del Comité y personal de las diferentes áreas refrendaron el compromiso institucional de continuar generando entornos que favorezcan una atención materna y neonatal respetuosa, informada y centrada en las necesidades de las madres, los recién nacidos y sus familias. Como parte de las actividades académicas, se llevó a cabo la sesión clínica “Tomando decisiones para proteger la lactancia materna del recién nacido en UCIN”, impartida por la Dra. María Concepción Arrazate García, Médica Cirujana, Maestra en Salud Pública y Consultora Internacional Certificada en Lactancia Materna (IBCLC®).



Un pasaporte para aprender, participar y trabajar en equipo

Uno de los elementos distintivos de esta edición fue el Pasaporte de la Lactancia Materna 2026, diseñado como una estrategia para transformar la conmemoración en una experiencia dinámica y participativa.

A lo largo de la semana, los diferentes servicios del hospital se convirtieron en estaciones de aprendizaje. En cada una de ellas, madres lactantes y el personal hospitalario participó en actividades breves e interactivas relacionadas con las acciones que, desde cada disciplina, contribuyen a proteger y apoyar la lactancia materna. Al completar cada dinámica, los participantes recibían un sello en su pasaporte, incentivándolos a continuar el recorrido por las demás estaciones.

De esta manera, el objetivo trascendió la simple acumulación de sellos: cada estación representó una oportunidad para aprender, intercambiar experiencias y reconocer la importancia del trabajo interdisciplinario en la atención de las madres y sus recién nacidos.

La programación inició con la participación de Ginecología y Anestesiología, abordando aspectos relacionados con el nacimiento, el apego inmediato y la lactancia materna, incluyendo mitos vinculados con la anestesia. Posteriormente, Pediatría y Enfermería desarrollaron dinámicas enfocadas en el buen agarre, la identificación de mitos y el acompañamiento oportuno de la madre y su bebé.



Nutrición promovió el aprendizaje mediante la actividad "El plato ideal de la madre lactante", mientras que Psicologíaabordó, desde una perspectiva psicosocial, las dificultades que puede enfrentar una madre durante la lactancia y la importancia de brindar respuestas empáticas y una adecuada red de apoyo. Finalmente, Trabajo Social y Consulta Externa centraron sus actividades en la identificación del riesgo social, la construcción de redes de apoyo y la importancia del seguimiento de las madres durante la continuidad de la lactancia.





El carácter lúdico de las dinámicas permitió acercar contenidos relevantes al personal de una manera diferente: participando, resolviendo, dialogando y aprendiendo entre compañeros. Esta metodología favoreció la integración de los distintos servicios y permitió visibilizar que la promoción de la lactancia materna no corresponde exclusivamente a un área hospitalaria, sino que requiere la participación coordinada de todo el equipo de salud.

Como reconocimiento al entusiasmo y constancia de quienes completaron el recorrido establecido en su Pasaporte de la Lactancia Materna, al finalizar la semana se realizó la entrega de un presente conmemorativo —una taza alusiva a la campaña— a los participantes ganadores.

Fortalecer las acciones que funcionan

La Semana Internacional de la Lactancia Materna 2026 permitió combinar educación, participación, integración y trabajo interdisciplinario en torno a un mismo propósito. Cada actividad, cada estación y cada sello obtenido representaron una oportunidad para reforzar conocimientos y reconocer el papel que desempeña cada integrante del hospital dentro de la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna.

Con la conclusión de esta semana terminan las actividades conmemorativas, pero permanece el compromiso institucional de continuar trabajando por una atención cada vez más humana, informada y coordinada.

Porque fortalecer las acciones que funcionan significa fortalecer el conocimiento, el trabajo interdisciplinario y el acompañamiento a las madres; pero, sobre todo, significa contribuir a que cada recién nacido tenga el mejor comienzo posible para la vida.









EVENTOS

ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS A PONENTES Y PARTICIPANTES DEL CURSO “SEGURIDAD EN OPERACIONES AÉREAS”

10 de agosto de 2026

Se llevó a cabo la entrega de reconocimientos a los ponentes y participantes del curso “Seguridad en operaciones aéreas”, organizado en coordinación con la Oficina de la Gobernadora y la Secretaría de Protección Civil, en el Aeropuerto de El Lencero, el día 10 de julio del presente. El evento contó con invitados de honor, entre los que destacaron el Cap. César Augusto Barria Issa, Director General de Aeronáutica de la Oficina de la Gobernadora, el Subdirector de operaciones, Alfonso Hernández Cabrera, el Jefe de Seguridad y piloto aviador Manuel Sánchez Díaz del castillo, TUM. Bombero Aeronáutico Carlos Alberto Cerdán, Bombero Aeronáutico Jose Luis Hernández Vega y el Dr. César Didier Alarcón Ávila. Dicha capacitación tuvo como objetivo fortalecer los conocimientos y protocolos en personal de salud, principalmente de Urgencias, para brindar una atención oportuna y segura en el traslado aéreo de pacientes críticos.











18 de septiembre de 2026

6TA. JORNADA DE ÉTICA

Dra. Claudia Del Carmen Caballero Cerdán
Presidente del Comité de Ética e Investigación HRX

El pasado 18 de septiembre se llevó a cabo la 6ta. Jornada de Ética: Transformación de la Investigación en Salud, ética, integridad científica y marco legal en México, en modalidad virtual en donde participaron ponentes nacionales e internacionales y que incluyó un conversatorio donde se abordó la Reforma a la Ley General en Salud, teniendo un aforo de 358 participantes. El evento fue inaugurado por el Dr. Alfredo Poblete Velázquez, Director del Hospital, autoridades del IMSS Bienestar y el Dr. Enrique Juárez Aguilar, Investigador de la Universidad Veracruzana.







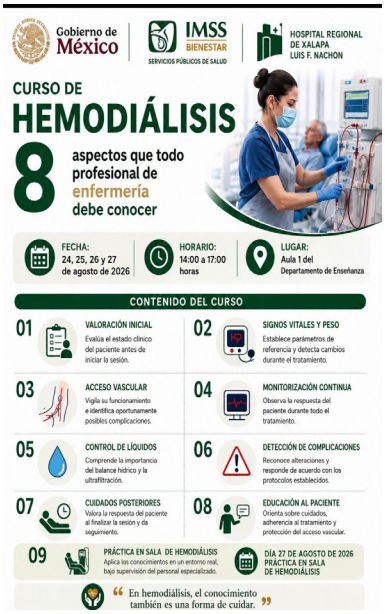
SESIONES GENERALES DE HOSPITAL Y CURSOS IMPARTIDOS













CURSOS PRÓXIMOS A IMPARTIRSE









ARTÍCULO ORIGINAL

NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA

L.N. Karen Milene Rincón Cárcamo[1]

Evelyn Isabel Farias[2]

Resumen

El siguiente artículo aborda el tratamiento de una paciente femenina de 73 años, con antecedente personales patológicos de un EVC isquémico (06 de febrero, 2026) y que ingresó a esta unidad hospitalaria por prurito y exantema maculopapular.

Introducción

El síndrome de Stevens-Johnson (SJS, Stevens-Johnson syndrome) y la necrólisis epidérmica tóxica (TEN, toxic epidermal necrolysis) son enfermedades mucocutáneas poco comunes, potencialmente letales, que en ocasiones constituyen secuelas de virosis, sin embargo, casi siempre son causadas por ingestión de medicamentos como el alopurinol, antimicrobianos (en especial sulfonamidas), fármacos no esteroideos y anticonvulsivos (1).

Estos trastornos se han clasificado en tres categorías:1) El síndrome de Stevens-Johnson (SJS, Stevens-Johnson syndrome), cuando la pérdida cutánea es < 10% de la superficie corporal (BSA, body surface area); 2) necrólisis epidérmica tóxica (TEN, toxic epidermal necrolysis), cuando hay pérdida cutánea de > 30% del área de superficie corporal, y 3) superposición del síndrome de Stevens-Johnson y de la necrólisis epidérmica tóxica (SJS/TEN), en casos con denudación del área de superficie corporal entre 10% y 30%. La abreviatura SJS/TEN se utiliza comúnmente para referirse a estas tres variantes de lo que se considera un síndrome (2).

(SJS, Stevens-Johnson syndrome), cuando la pérdida cutánea es lt; 10% de la superficie corporal (BSA, body surface area); 2) necrólisis epidérmica tóxica (TEN, toxic epidermal necrolysis), cuando hay pérdida cutánea de gt; 30% del área de superficie corporal, y 3) superposición del síndrome de Stevens-Johnson y de la necrólisis epidérmica tóxica (SJS/TEN), en casos con denudación del área de superficie corporal entre 10% y 30%. La abreviatura SJS/TEN se utiliza comúnmente para referirse a estas tres variantes de lo que se considera un síndrome (1). El SJS/TEN se caracteriza por ampollas dolorosas, máculas purpúricas, lesiones atípicas, necrosis y desprendimiento generalizado de la piel y mucosas (3). De acuerdo con Rojek et al. (2) la necrólisis epidérmica tóxica puede afectar frecuentemente órganos como el riñón y pulmones (4) elevando el riesgo de complicaciones y secuelas. Estas lesiones pueden aparecer entre 4 y 28 días después de la exposición al fármaco causante (3). El diagnóstico debe basarse en el cuadro clínico, sin embargo, la histopatología/resultados de la biopsia cutánea pueden confirmar el diagnóstico (5). Por otro lado, la inmunofluorescencia directa ayuda a identificar trastornos ampollosos autoinmunes que pueden confundirse con el SJS/TEN especialmente en etapas iniciales de la enfermedad (6).



Ilustración 1. Síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica (SSJ/NET).

Fuente: Rodríguez-Jiménez P, Mayor-Ibaguren A. Toxicodermias, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica. p. 9, fig. 7-11.

El SJS/TEN se caracteriza por ampollas dolorosas, máculas purpúricas, lesiones atípicas, necrosis y desprendimiento generalizado de la piel y mucosas (3). De acuerdo con Rojek et al. (2) la necrólisis epidérmica tóxica puede afectar frecuentemente órganos como el riñón y pulmones (4) elevando el riesgo de complicaciones y secuelas. Estas lesiones pueden aparecer entre 4 y 28 días después de la exposición al fármaco causante (3). El diagnóstico debe basarse en el cuadro clínico, sin embargo, la histopatología/resultados de la biopsia cutánea pueden confirmar el diagnóstico (5). Por otro lado, la inmunofluorescencia directa ayuda a identificar trastornos ampollosos autoinmunes que pueden confundirse con el SJS/TEN especialmente en etapas iniciales de la enfermedad (6).

1. Nutrióloga adscrita al Departamento de Nutrición y Dietética.

2. Pasante en Servicio Social de la Jefatura de Nutrición.

Incidencia

Existe poca información sobre la incidencia nacional, sin embargo, la incidencia global estimada de este padecimiento se ha reportado entre 1.2-6 y 0.4-1.2 casos por millón de habitantes al año con predilección del sexo femenino. Según un estudio observacional realizado por Vázquez et al. (7) en el que se analizaron los egresos hospitalarios por SJS o TEN entre 2010 y 2020, en México se registraron cerca de 1000 hospitalizaciones anuales por Síndrome de Stevens-Johnson-necrólisis epidérmica tóxica, significando 10.8 casos por millón de habitantes. Del total de pacientes egresados con SJS, el 54.4% eran adultos y 40.5% pediátricos, en contraste con los egresados por TEN, el 76.2% y 23.8% eran adultos y pediátricos respectivamente.

El índice de mortalidad del SJS es de alrededor del 5%. Este índice es mucho mayor (30%) con TEN (1), por otro lado, se considera que la mortalidad puede llegar hasta un 50% en pacientes adultos mayores (3). La muerte suele ocurrir por alguna infección grave, hipovolemia, desequilibrio electrolítico y falla de órganos (1). De aquí la importancia de un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.



Ilustración 2. Afectación de mucosas en necrólisis epidérmica tóxica (NET).

Fuente: Rodríguez-Jiménez P, Mayor-Ibaguren A. Toxicodermias, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica. p. 9, fig. 7-12.

Se recomienda que el manejo de SJS/TEN sea multidisciplinario dentro de una unidad de quemados especializada para estos pacientes (3). Se debe suspender cualquier fármaco desencadenante potencial. Por lo general es necesario suspender los medicamentos no esenciales, puesto que no existen pruebas para identificar a la sustancia causal (1). La terapia de apoyo es similar al manejo de un paciente con quemaduras graves. Incluye protección, restauración de la función de barrera de la piel, mantenimiento del equilibrio de líquidos, protección de la vía aérea, tratamiento de la infección, analgesia adecuada y apoyo nutricional debido al alto estado catabólico (3).

Abordaje nutricional

Esta patología se caracteriza por alteraciones metabólicas en la fase aguda, requerimientos de nitrógeno y energía aumentados debido a las pérdidas por exudado de la herida, alteración en la utilización de sustratos y la consiguiente respuesta hipermetabólica (8), por lo que el tratamiento nutricional juega un papel importante para la recuperación del paciente.

En los pacientes con SJS/TEN el abordaje nutricional se basa en las recomendaciones generales para pacientes de cuidados intensivos, según la edad de los pacientes afectados y la superficie corporal afectada (9).

El método de elección para determinar el gasto energético y los objetivos calóricos será la calorimetría indirecta (CI). Si no se dispone de CI, el gasto energético se puede calcular como 24 kcal/kg de peso corporal actual/día en pacientes críticos con un IMC < 30 kg/m2, debe comenzar con el 75% del gasto energético estimado y aumentar de manera progresiva según la tolerancia metabólica hasta alcanzar el objetivo calórico original. Mientras que para pacientes con un IMC de >30 kg/m2 se recomiendan 11-14 kcal/kg de peso corporal actual y de 22-25 kcal/kg de peso corporal ideal al día para pacientes con un IMC de 30-50 kg/m2 y IMC de >50 kg/m2 respectivamente (9). Sin embargo, otros autores señalan que los requerimientos calóricos se pueden estimar como 30-35 kcal/kg/día y un aporte de proteínas de aproximadamente 1.5 g/kg/día para evitar un balance nitrogenado negativo. (10).



Ilustración 3. Proceso de Atención Nutricional (PAN)

Reporte de caso

Paciente femenina, adulto mayor de 73 años de Paciente femenina, adulto mayor de 73 años de edad, con los siguientes antecedentes:

Antecedentes heredofamiliares:

Madre y padre finados, por insuficiencia cardiaca congestiva y paro cardiaco respectivamente, sin ningún otro antecedente de importancia mencionado.

Antecedentes patológicos personales:

Hipertensión arterial primaria con 30 años de evolución, así como una hospitalización previa en esta

unidad hace 2 meses por evento vascular oclusivo que condiciona incapacidad motriz como secuela con hemiparesia izquierda.

Padecimiento actual

Paciente femenina, que ingresa a urgencias adultos por deterioro neurológico y lesiones exantemáticas en extremidades torácicas y tórax, así como extremidades inferiores y zona lumbar, con diagnóstico presuntivo de hipersensibilidad tipo I sin descartar origen viral. Inicia su padecimiento un día previo a su ingreso hospitalario, con lesiones exantemáticas y alteración del estado neurológico, somnolencia, desorientación, debilidad muscular, ausencia de evacuaciones y uresis, alzas térmicas no cuantificadas e intolerancia a la vía oral, por lo que decide acudir a médico particular quien indica manejo sintomático sin mejoría.

Acude a esta unidad el día 17 de abril del 2026 y se decide ingreso a cuarto de aislado en Urgencias adultos. Ingresa con presencia de deterioro neurológico, lesiones dérmicas y eritema, bordes irregulares con descamación no sangrantes, así como disminución de fuerza en extremidad izquierda.

20 de abril, 2026. Permanece en área de urgencias adultos en el cuarto de aislado, con diagnósticos presuntivos de enfermedad exantemática + Sindrome de DRESS VS exantema post COVID, se inicia manejo para Síndrome de DREES a pesar de que no cumple con todas las características y se le indica dieta líquida a tolerancia. Se solicita interconsulta con medicina Interna y se decide su ingreso a cuarto de aislado el día 21 de abril del 2026, con diagnóstico de Síndrome de Steve Jonhson, se consideró necesidad de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos.



Ilustración 4. Tratamiento nutricional

22 de abril, 2026. Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos debido a alto riesgo de mortalidad con diagnostico probable de Necrólisis epidérmica toxica (Scorten 4 pts, mortalidad 62.25%) ya que presenta lesiones eritematosas en > 30% SC, permanece con líquidos orales y dieta enteral, así como con medidas de protección de piel y cuidado oftálmico.

23 de abril, 2026. Continuo con estancia en UCI para descartar lesión renal y manejo de complicaciones, por indicación medica se coloca CVC derecho debido a imposibilidad de toma de muestras periféricas, así como 200 cc de agua libre por sonda nasogástrica (SNG) cada 8 horas.

25 de abril, 2026. Ante presencia de oliguria e hipernatremia se inició solución intravenosa y manejo diurético. Se le solicitó dieta polimérica de 1300 kcal en quintos por SNG, inicio con dieta polimérica de 1000 kcal en cinco tomas por SNG para evaluar tolerancia, que progresó a 1200 kcal al día siguiente debido a buena aceptación.

29 de abril, 2026. Pasa a cuarto de aislado con diagnóstico de Necrólisis epidérmica toxica (scorten 4 pts, mortalidad 62.25%) con adecuado progreso de lesiones en región anterior sin embargo aun con lesiones activas en dorso y región sacra, en manejo con apósitos de vaselina.

07 de mayo, 2026. Es valorada por nutrición. A la antropometría presentó un peso de 68 kg y una talla de 1.46 m obteniendo un IMC de 31.90 kg/m2 ubicándola en obesidad de acuerdo con IMC para adulto mayor, su diagnostico nutricional fue requerimientos energéticos calóricos y proteicos aumentados, relacionado con estado hipermetabólico y catabólico secundario a NET, evidenciado por diagnóstico médico actual, lesiones activas y dermatosis descamativa en > 30% SC así como necesidad aumentada de nutrientes por regeneración celular, por lo que se le prescribió dieta polimérica hiperproteica a tolerancia de 1700 kcal por SNG, con aporte inicial de 1300 kcal de Dieta polimérica hiperproteica por SNG en 5 tomas, aportando 1.5 g de proteína por kilogramos de peso al día.

11 de mayo, 2026. Debido a adecuada evolución se decide su egreso del cuarto de aislado e ingresa a una cama en piso de medicina interna para continuar su estancia intrahospitalaria. Se mantiene manejo multidisciplinario, en espera de completar esquema antibiótico y posterior valoración para alta del servicio.

14 de mayo, 2026. Por mejoría clínica se considera el retiro de la sonda nasogástrica (SNG), por lo que se indica prueba de deglución la cual resulta exitosa. También se retira oxígeno con puntas nasales esperando respuesta adecuada para posterior alta hospitalaria.

15 de mayo, 2026. Se indica retiro de SF y SNG, así como alta del servicio por mejoría drástica con respecto a su ingreso, ya que no presentaba criterios de gravedad para continuar estancia hospitalaria. Finalmente egresa de este nosocomio con sus respectivas indicaciones domiciliarias.

Conclusión

La necrólisis epidérmica tóxica es una enfermedad poco frecuente con elevada mortalidad debido a las propias lesiones causadas por la enfermedad, así como a la aparición de complicaciones multisistémicas. El manejo multidisciplinario representa un punto clave para la atención de estos pacientes, ya que permite una intervención integral dirigida a la prevención de la progresión de la enfermedad, así como a reducir el riesgo de un desenlace fatal para el paciente. Es un hecho que la detección temprana, tratamiento oportuno y soporte adecuado, influyen de manera relevante en la recuperación y pronostico del paciente, lo que enfatiza la importancia del enfoque coordinado y especializado de los profesionales de la salud desde las primeras etapas de la enfermedad.

Referencias Bibliográficas

1.Brown S, Collins JN. Urgencias dermatologicas. Stone C, Humphries RL, editores. Diagnóstico y tratamiento en medicina de urgencias. 8a ed. New York: McGraw Hill Education; 2024.

2.Rojek NW, Worswick S, Shinkai K, Fox LP. Eritema multiforme/síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica. En: Papadakis MA, Rabow MW, McQuaid KR, Gandhi M, editores. Diagnóstico clínico y tratamiento 2025. New York: McGraw-Hill Education; 2025. Disponible en: https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.uv.mx/content.aspx?bookid=3530&sectionid=29483108.

3.Chang HC, Wang TJ, Lin MH, & Chen TJ. (2022). A Review of the Systemic Treatment of Stevens–Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis. Biomedicines. 2022;10 (9):2105. https://doi.org/10.3390/biomedicines10092105.

4.Guerrero MD, Zamorano CA, Soto M, Bautista GA, Mendiola C, Deloya E, et al. Necrólisis epidérmica tóxica. Dermatol Rev Mex 2023; 67 (4): 501-517.

5.Stopyra JP. Emergencias dermatológicas. Cydulka RK, Fitch MT, Joing SA, Wang VJ, Cline DM, Ma O (Eds). Manual de Urgencias Médicas de Tintinalli, 8e. McGraw-Hill Education; 2018. https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.uv.mx/content.aspx?bookid=2441&sectionid=199580203.

6.Marks ME, Botta RK, Abe R, Beachkofsky TM, Boothman I, Carleton BC, et al. Updates in SJS/TEN: collaboration, innovation, and community. Frontiers in medicine.2023; 10:1213889. https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1213889.

7.Vázquez C, Aviles DC, Carrillo MS, Pacheco PA, Bobadilla LO, Méndez N. Características epidemiológicas de las hospitalizaciones secundarias a síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica en México. Dermatol Rev Mex 2022; 66 (6): 654-662.

8.Shanbhag SS, Chodosh J, Fathy C, Goverman J, Mitchell C, & Saeed HN. (2020). Multidisciplinary care in Stevens-Johnson syndrome. Therapeuticadvancesinchronicdisease.2020;11:2040622319894469. https://doi.org/10.1177/2040622319894469

9.Paulmann M, Heuer R, Annecke T, et al. Directriz S3: diagnóstico y tratamiento de la necrólisis epidérmica (síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica) – Parte 2: terapia de apoyo de la NE en las etapas aguda y posaguda. JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. 2024;22:1576–1593. https://doi.org/10.1111/ddg.15516

10.Gupta LK, Martin AM, Agarwal N, D'Souza P, Das S, Kumar R. Et al. Guidelines for the management of Stevens–Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis: An Indian perspective. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2016;82:603-625. doi: 10.4103/0378-6323.191134

INVESTIGACIÓN

ATENCIÓN NUTRICIONAL ESPECIALIZADA EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: REVISIÓN PARAGUAS DE REVISIONES SISTEMÁTICAS Y METAANÁLISIS

Specialized Nutritional Care in Chronic Kidney Disease: An Umbrella Review of Systematic Reviews and Meta-Analyses.

Alfredo Poblete Velázquez[1], Rebeca Fernández Villaescusa[2], Miguel Ángel Domínguez Franco[3] Claudia Del Carmen Caballero Cerdán[4]

Resumen:

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial debido a su creciente incidencia, elevada morbimortalidad y considerable impacto sobre los sistemas de salud. Aunque las principales guías internacionales recomiendan la terapia médico-nutricional como parte esencial del manejo integral de estos pacientes, la evidencia disponible se ha centrado predominantemente en intervenciones dietéticas específicas, mientras que el efecto del proceso integral de atención nutricional especializada permanece insuficientemente caracterizado.

Objetivo: Sintetizar críticamente la evidencia disponible procedente de revisiones sistemáticas y metaanálisis sobre el impacto de la atención nutricional especializada en pacientes adultos con enfermedad renal crónica, evaluando su efecto sobre mortalidad, supervivencia y otros desenlaces clínicamente relevantes.

Material y métodos: Se realizó una revisión paraguas siguiendo las recomendaciones PRISMA 2020 y PRIOR. Se efectuó una búsqueda sistemática en PubMed/MEDLINE, Embase, Scopus, Web of Science, Cochrane Library, CINAHL y fuentes complementarias. La calidad metodológica de las revisiones incluidas se evaluó mediante AMSTAR 2, el riesgo de sesgo con ROBIS y la certeza de la evidencia mediante el sistema GRADE, cuando fue aplicable.

Resultados: Se incluyeron 59 revisiones sistemáticas y metaanálisis. La evidencia mostró beneficios consistentes de la atención nutricional especializada sobre el estado nutricional, el control del fósforo sérico, la presión arterial, la ganancia de peso interdialítica, la adherencia terapéutica, la educación nutricional y la calidad de vida relacionada con la salud. En contraste, no se identificó evidencia concluyente de una reducción de la mortalidad o un incremento de la supervivencia. Este hallazgo parece relacionarse principalmente con la heterogeneidad metodológica, el corto seguimiento y el diseño de los estudios disponibles, más que con la ausencia de beneficio clínico.

Conclusiones: La atención nutricional especializada constituye un componente esencial del manejo multidisciplinario de la enfermedad renal crónica y demuestra beneficios consistentes sobre múltiples desenlaces clínicamente relevantes. La principal contribución de esta revisión paraguas consiste en evidenciar que la literatura ha evaluado principalmente intervenciones dietéticas aisladas, mientras que el proceso integral de atención nutricional especializada continúa insuficientemente investigado. Se requieren estudios prospectivos que evalúen modelos estructurados de atención nutricional utilizando desenlaces clínicos mayores.

Palabras clave: enfermedad renal crónica; atención nutricional especializada; terapia médico-nutricional; nutrición renal; revisión paraguas; revisión sistemática; metaanálisis.

[1] Alfredo Poblete Velázquez - Hospital Regional de Xalapa Dr. Luis F. Nachón, IMSS-Bienestar, Xalapa, Veracruz, México.

[2] Rebeca Fernández Villaescusa - Nutrióloga Clínica. Adscripción independiente. Xalapa, Veracruz, México.

[3] Miguel Ángel Domínguez Franco - Servicio de Nefrología, Hospital Regional de Xalapa Dr. Luis F. Nachón, IMSS-Bienestar, Xalapa, Veracruz, México.

[4] Claudia Del Carmen Caballero Cerdán- Hospital Regional de Xalapa Dr. Luis F. Nachón, IMSS-Bienestar, Xalapa, Veracruz, México.

ORCID | Alfredo Poblete Velázquez: 0009-0003-0203-1935 · Rebeca Fernández Villaescusa: 0009-0002-8638-7471 · Miguel Ángel Domínguez Franco: 0009-0004-4607-8628 - Claudia Del Carmen Caballero Cerdán: 0000-0002-5748-892X

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye uno de los principales desafíos de salud pública del siglo XXI debido a su elevada prevalencia, carácter progresivo y estrecha asociación con enfermedad cardiovascular, discapacidad, deterioro de la calidad de vida y mortalidad prematura. En las últimas décadas, el incremento sostenido de enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad, junto con el envejecimiento poblacional, ha contribuido al crecimiento continuo del número de personas que viven con ERC, incrementando considerablemente su impacto sanitario y económico a nivel mundial (GBD Chronic Kidney Disease Collaboration, 2020; Hill et al., 2016; Webster et al., 2017).

Se estima que más de 850 millones de personas presentan alguna forma de enfermedad renal en el mundo. Además de la pérdida progresiva de la función renal, la ERC se asocia con mayor riesgo de eventos cardiovasculares, hospitalizaciones, progresión a falla renal con necesidad de terapia de reemplazo renal y muerte prematura, lo que genera una carga considerable tanto para los sistemas de salud como para los pacientes y sus familias (Jager et al., 2019; Kalantar-Zadeh et al., 2021; KDIGO, 2024).

Ante este escenario, el abordaje contemporáneo de la ERC ha evolucionado desde un modelo centrado predominantemente en la función renal hacia una estrategia multidisciplinaria orientada a modificar la progresión de la enfermedad, prevenir complicaciones y preservar la calidad de vida. Dentro de este enfoque, la nutrición clínica desempeña un papel relevante debido a su relación con alteraciones frecuentes de la ERC, entre ellas el desgaste proteico-energético, la inflamación crónica, los trastornos del metabolismo mineral y óseo, la acidosis metabólica, la sarcopenia y las alteraciones hidroelectrolíticas (Carrero et al., 2013; Fouque et al., 2008; Kalantar-Zadeh & Fouque, 2017).

La importancia de la intervención nutricional ha sido reconocida por distintas sociedades científicas y guías internacionales. KDIGO, KDOQI, ESPEN y la International Society of Renal Nutrition and Metabolism (ISRNM) recomiendan integrar la terapia médico-nutricional al manejo de los pacientes con ERC mediante valoración nutricional sistemática, intervenciones individualizadas y seguimiento por profesionales capacitados en nutrición clínica (Ikizler et al., 2020; Fiaccadori et al., 2021; KDIGO, 2024; Carrero et al., 2013). En consecuencia, la atención nutricional constituye actualmente un componente del manejo integral de la ERC y no únicamente una medida complementaria.

Paralelamente, se ha producido un crecimiento considerable de la investigación sobre nutrición renal. Revisiones sistemáticas y metaanálisis han evaluado estrategias como la restricción de sodio, el control de fósforo, la modificación de la ingesta proteica, la suplementación nutricional, patrones dietéticos como la dieta mediterránea y diferentes intervenciones educativas. Estas estrategias han mostrado efectos favorables sobre diversos desenlaces, entre ellos presión arterial, control del fósforo sérico, ganancia de peso interdialítica, indicadores del estado nutricional y determinados dominios de calidad de vida (Palmer et al., 2017; Kelly et al., 2017; Rozga et al., 2022; St-Jules et al., 2021).

Sin embargo, gran parte de esta evidencia se encuentra organizada alrededor de intervenciones dietéticas o nutricionales específicas, lo que no necesariamente permite estimar el efecto de la atención nutricional especializada como proceso clínico integral. Esta última comprende no solo la prescripción dietética, sino una secuencia estructurada que incluye valoración y diagnóstico nutricional, planificación terapéutica individualizada, intervención, educación, monitoreo y seguimiento longitudinal. Este proceso puede sustentarse en modelos estandarizados como el Nutrition Care Process (NCP), desarrollado para sistematizar la práctica profesional y facilitar la evaluación de sus resultados (Swan et al., 2017; Swan et al., 2019).

Esta distinción es relevante porque el efecto de una intervención nutricional específica no puede asumirse como equivalente al efecto de un modelo integral de atención nutricional especializada. La fragmentación de la evidencia alrededor de nutrientes, dietas o estrategias individuales dificulta establecer en qué medida la atención nutricional estructurada, considerada en su conjunto, modifica desenlaces clínicamente relevantes en pacientes con ERC. Asimismo, limita la evaluación del papel del profesional de la nutrición dentro del equipo multidisciplinario y la formulación de recomendaciones relacionadas con modelos organizacionales de atención.

En este escenario, las revisiones paraguas (umbrella reviews) constituyen una estrategia metodológica útil para integrar y evaluar críticamente la evidencia procedente de múltiples revisiones sistemáticas y metaanálisis. Este diseño permite examinar la consistencia de los hallazgos, valorar la calidad metodológica de las revisiones disponibles, identificar posibles discrepancias entre ellas y reconocer áreas en las que persisten vacíos de conocimiento (Aromataris et al., 2015; Gates et al., 2022).

Por lo anterior, resulta pertinente sintetizar la evidencia disponible desde una perspectiva que trascienda el análisis de nutrientes o intervenciones dietéticas individuales y permita examinar la atención nutricional especializada como proceso clínico integral. Esta aproximación puede contribuir a determinar si los modelos estructurados de atención nutricional se asocian con mejores resultados en adultos con ERC y, al mismo tiempo, identificar las limitaciones metodológicas y áreas de incertidumbre que persisten en la literatura actual.

Por ello, el objetivo de esta revisión paraguas es sintetizar críticamente la evidencia proveniente de revisiones sistemáticas y metaanálisis sobre el impacto de la atención nutricional especializada en adultos con enfermedad renal crónica, particularmente sobre mortalidad, supervivencia y otros desenlaces clínicamente relevantes, así como identificar las principales fortalezas, limitaciones y vacíos de la evidencia disponible.

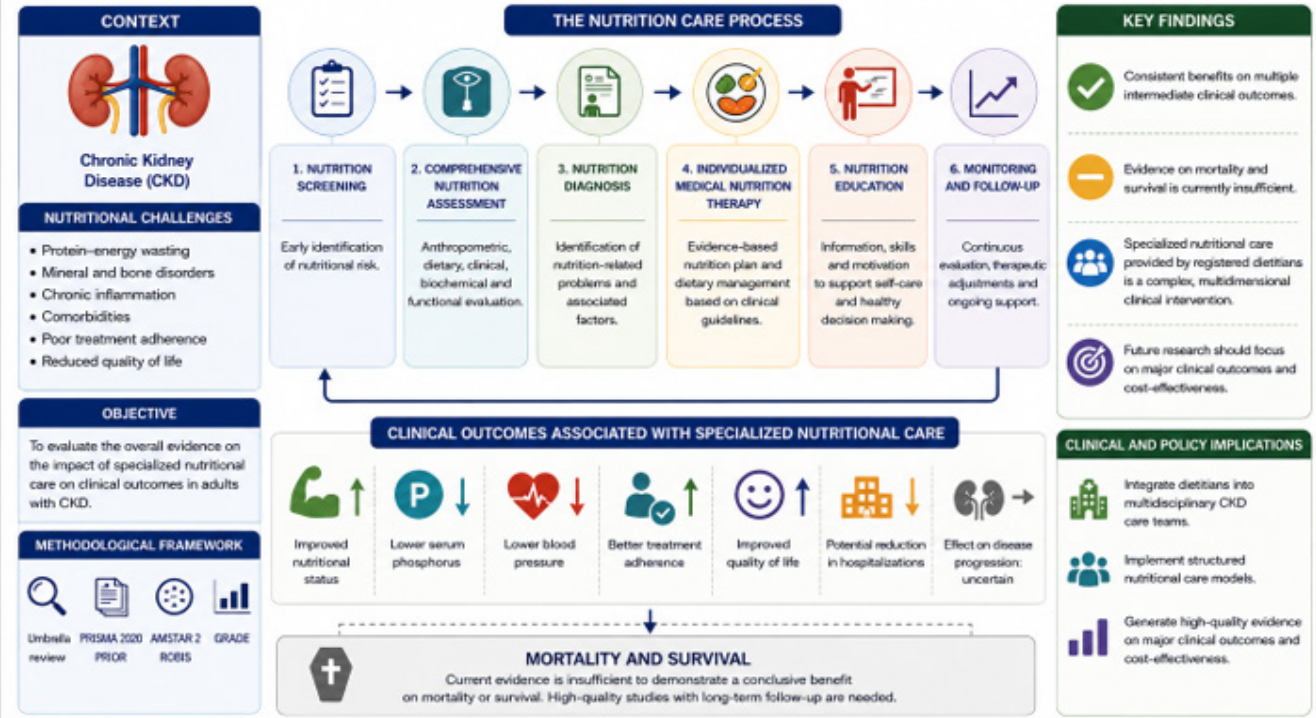
Objetivo

Sintetizar críticamente la evidencia científica disponible proveniente de revisiones sistemáticas y metaanálisis acerca del impacto de la atención nutricional especializada en adultos con enfermedad renal crónica, evaluando sus efectos sobre la mortalidad, la supervivencia y otros desenlaces clínicamente relevantes, así como analizar la calidad metodológica, el riesgo de sesgo y la certeza de la evidencia disponible para identificar fortalezas, limitaciones y vacíos de conocimiento que contribuyan a optimizar la práctica clínica, fortalecer la toma de decisiones dentro del manejo multidisciplinario de la enfermedad renal crónica y orientar futuras líneas de investigación en nutrición clínica renal.

Hipótesis conceptual del estudio

Aunque la mayoría de las investigaciones publicadas han evaluado intervenciones dietéticas específicas, la atención nutricional especializada constituye una

FIGURE 1. Specialized nutritional care as a complex clinical intervention in chronic kidney disease
Umbrella review of systematic reviews and meta-analyses



CKD: chronic kidney disease; PRISMA 2020: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses; PRIOR: Preferred Reporting Items for Overviews of Reviews; AMSTAR 2: A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews 2; ROBIS: Risk Of Bias In Systematic Reviews; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.

intervención clínica compleja, estructurada y multidimensional cuyo impacto no puede inferirse únicamente a partir del efecto de medidas nutricionales aisladas. En consecuencia, la síntesis crítica de la evidencia permitirá determinar si existe respaldo científico suficiente para considerar la atención nutricional especializadacomo un componente esencial del manejo integral de la enfermedad renal crónica e identificar las principales áreas donde persisten vacíos de conocimiento que justifican el desarrollo de nuevas investigaciones.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la evidencia científica disponible, proveniente de revisiones sistemáticas y metaanálisis, sobre el impacto de la atención nutricional especializada en pacientes adultos con enfermedad renal crónica respecto a la mortalidad, la supervivencia y otros desenlaces clínicamente relevantes?

Pregunta PICO

P (Población): Adultos (≥18 años) con enfermedad renal crónica en cualquier estadio, incluyendo tratamiento conservador, hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal.

I (Intervención): Atención nutricional especializada proporcionada por profesionales de la nutrición clínica, incluyendo el proceso de atención nutricional (Nutrition Care Process), valoración nutricional, terapia médico-nutricional, educación alimentaria, seguimiento e intervenciones individualizadas.

C (Comparación): Atención habitual, ausencia de atención nutricional especializada o intervenciones nutricionales diferentes, cuando la revisión original las hubiera considerado.

O (Desenlaces):

•Mortalidad por todas las causas.

•Supervivencia.

•Estado nutricional.

•Desgaste proteico-energético.

•Parámetros bioquímicos (fósforo, potasio, albúmina, entre otros).

•Presión arterial.

•Ganancia de peso interdialítica.

•Hospitalizaciones.

•Calidad de vida relacionada con la salud.

•Adherencia al tratamiento.

•Educación nutricional.

•Progresión de la enfermedad renal crónica.

Tabla 1. Estrategia PICO de la revisión paraguas

Atención nutricional especializada en adultos con enfermedad renal crónica

Tabla 1. Estrategia PICO de la revisión paraguas

Atención nutricional especializada en adultos con enfermedad renal crónica

PICO	Componente	Definición operacional
P	Población	Adultos (≥18 años) con enfermedad renal crónica en cualquier estadio, incluyendo tratamiento conservador, hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal.
I	Intervención	Atención nutricional especializada proporcionada por profesionales de la nutrición clínica, incluyendo Nutrition Care Process, valoración nutricional, terapia médico-nutricional, educación alimentaria, seguimiento e intervenciones individualizadas.
C	Comparación	Atención habitual, ausencia de atención nutricional especializada o intervenciones nutricionales diferentes, cuando la revisión original las hubiera considerado.
O	Desenlaces	Mortalidad por todas las causas; supervivencia; estado nutricional; desgaste proteico-energético; parámetros bioquímicos (fósforo, potasio, albúmina, entre otros); presión arterial; ganancia de peso interdialítica; hospitalizaciones; calidad de vida relacionada con la salud; adherencia al tratamiento; educación nutricional; progresión de la enfermedad renal crónica.

Nota. PICO: Population, Intervention, Comparison, Outcome. ERC: enfermedad renal crónica. La formulación PICO se utilizó para definir los criterios de elegibilidad y orientar la búsqueda, selección y síntesis de la evidencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó una revisión paraguas (Umbrella Review) con el objetivo de sintetizar críticamente la evidencia científica de mayor nivel disponible sobre el impacto de la atención nutricional especializada en pacientes adultos con enfermedad renal crónica (ERC). Este diseño metodológico permite integrar los hallazgos provenientes de revisiones sistemáticas y metaanálisis previamente publicados, facilitando una evaluación global de la consistencia de la evidencia, su calidad metodológica y el grado de certeza de las conclusiones (Aromataris et al., 2015; Gates et al., 2022).

El estudio se desarrolló conforme a las recomendaciones de la declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020) para la elaboración y reporte de revisiones sistemáticas, complementadas con la guía Preferred Reporting Items for Overviews of Reviews (PRIOR), específica para revisiones paraguas (Page et al., 2021; Gates et al., 2022).

La pregunta de investigación fue estructurada mediante la estrategia PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome), lo que permitió establecer de manera explícita los criterios de elegibilidad y orientar el proceso de búsqueda, selección y síntesis de la evidencia.

Registro del protocolo

La presente investigación no fue registrada prospectivamente en la plataforma PROSPERO. No obstante, todas las etapas metodológicas fueron definidas antes del inicio del proceso de búsqueda y desarrolladas siguiendo recomendaciones internacionales para garantizar la transparencia, reproducibilidad y rigor científico del estudio.

Estrategia de búsqueda bibliográfica

Se diseñó una estrategia de búsqueda sistemática, amplia y reproducible con el propósito de identificar todas las revisiones sistemáticas y metaanálisis relacionados con atención nutricional especializada e intervenciones nutricionales en pacientes adultos con enfermedad renal crónica. La búsqueda electrónica se realizó en las siguientes bases de datos:

•PubMed/MEDLINE

•Embase

•Scopus

•Web of Science

•Cochrane Library

•CINAHL

Como estrategia complementaria se revisaron Google Scholar y las listas de referencias bibliográficas de las revisiones incluidas para identificar publicaciones potencialmente relevantes no recuperadas durante la búsqueda electrónica (Briscoe et al., 2020).

Se emplearon términos controlados MeSH, Emtree y palabras libres relacionados con los siguientes conceptos:

•Chronic Kidney Disease

•Chronic Renal Failure

•Renal Insufficiency

•Nutrition Care Process

•Medical Nutrition Therapy

•Clinical Nutrition

•Dietitian

•Renal Nutrition

•Nutrition Assessment

•Nutrition Intervention

•Systematic Review

•Meta-analysis

•Umbrella Review

Los términos fueron combinados mediante operadores booleanos (AND, OR) y adaptados a la sintaxis específica de cada base de datos.

La estrategia de búsqueda fue diseñada para maximizar la sensibilidad y reproducibilidad del proceso y se adaptó a la sintaxis específica de cada base de datos.

Periodo de búsqueda

Se incluyeron revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados desde el inicio de la indexación de cada base de datos hasta junio de 2026, sin restricción geográfica. Se consideraron únicamente publicaciones en inglés y español debido a que ambos idiomas podían ser evaluados directamente por los investigadores.

Criterios de elegibilidad

Los criterios de inclusión y exclusión fueron definidos a priori antes del inicio del proceso de selección.

Criterios de inclusión

Se incluyeron revisiones que cumplieran simultáneamente los siguientes criterios:

•Revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis.

•Estudios realizados en población adulta (≥18 años)

•Pacientes con enfermedad renal crónica en cualquier estadio.

•Pacientes en tratamiento conservador, hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal.

•Revisiones que evaluaran intervenciones nutricionales o procesos de atención nutricional especializada.

•Publicaciones en revistas científicas arbitradas.

•Artículos disponibles en texto completo.

Nota. PICO: Population, Intervention, Comparison, Outcome. ERC: enfermedad renal crónica. La formulación PICO se utilizó para definir los criterios de elegibilidad y orientar la búsqueda, selección y síntesis de la evidencia.

Criterios de exclusión

Se excluyeron:

•Revisiones narrativas.

•Revisiones rápidas.

•Editoriales.

•Cartas al editor.

•Protocolos de investigación.

•Estudios pediátricos.

•Resúmenes de congresos.

•Revisiones duplicadas cuando existía una versión metodológicamente superior.

Proceso de selección de estudios

La selección de los estudios se realizó en dos etapas.

En la primera fase se revisaron títulos y resúmenes para excluir publicaciones claramente irrelevantes o duplicadas.

Posteriormente se efectuó la lectura a texto completo de las revisiones potencialmente elegibles con el fin de verificar el cumplimiento de todos los criterios de inclusión.

Las discrepancias fueron resueltas mediante consenso entre los investigadores.

El proceso completo de identificación, selección, elegibilidad e inclusión se resume en la Figura 2.

Extracción de datos

Se desarrolló una matriz estandarizada para la extracción de información de cada revisión incluida.

Las variables recopiladas comprendieron:

•Autor.

•Año de publicación.

•País.

•Objetivo.

•Número de estudios primarios incluidos.

•Número total de participantes.

•Tipo de población.

•Tipo de intervención nutricional.

•Desenlaces evaluados.

•Resultados principales.

•Conclusiones.

•Calidad metodológica.

•Riesgo de sesgo.

•Nivel de certeza de la evidencia

La extracción de la información fue realizada de manera independiente y posteriormente verificada para garantizar la consistencia de los datos.

Evaluación de la calidad metodológica

La calidad metodológica de las revisiones sistemáticas incluidas fue evaluada mediante la herramienta AMSTAR 2 (A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews 2) (Shea et al., 2017).

Se analizaron los 16 dominios propuestos por esta herramienta, otorgando especial relevancia a los siete dominios considerados críticos.

Cada revisión fue clasificada en uno de cuatro niveles de confianza metodológica:

•Alta.

•Moderada.

•Baja.

•Críticamente baja.

Evaluación del riesgo de sesgo

El riesgo de sesgo de las revisiones sistemáticas fue evaluado mediante la herramienta ROBIS (Risk Of Bias In Systematic Reviews) (Whiting et al., 2016).

La evaluación comprendió las tres fases recomendadas por la metodología ROBIS:

•valoración de la pertinencia;

•evaluación de dominios metodológicos;

•juicio global del riesgo de sesgo.

Cada revisión fue clasificada como:

•Bajo riesgo.

•Riesgo incierto.

•Alto riesgo.

Evaluación de la certeza de la evidencia

La certeza global de la evidencia fue interpretada utilizando el sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) cuando las revisiones originales proporcionaban información suficiente para ello (Guyatt et al., 2008).

Los desenlaces fueron clasificados como evidencia de calidad:

•Alta.

•Moderada.

•Baja.

•Muy baja.

La interpretación consideró el riesgo de sesgo, inconsistencia, evidencia indirecta, imprecisión y posible sesgo de publicación.

Manejo del solapamiento de estudios primarios

Dado que una misma investigación primaria puede estar incluida en múltiples revisiones sistemáticas, se realizó una evaluación narrativa del posible solapamiento entre revisiones mediante la comparación de las listas de estudios primarios reportadas por cada publicación.

Cuando se identificó superposición relevante, ésta fue considerada durante la interpretación de los resultados con el fin de evitar una sobreestimación del peso de la evidencia.

Debido a la heterogeneidad metodológica de las revisiones incluidas, no se calculó el índice Corrected Covered Area (CCA).

Síntesis de la evidencia

Considerando la heterogeneidad observada entre las revisiones en cuanto a poblaciones, intervenciones, desenlaces y medidas de efecto, no se realizó un nuevo metaanálisis cuantitativo.

La evidencia fue sintetizada mediante un enfoque narrativo estructurado, agrupando los hallazgos en los siguientes desenlaces:

•Mortalidad.

•Supervivencia.

•Estado nutricional.

•Parámetros bioquímicos.

•Presión arterial.

•Ganancia de peso interdialítica.

•Hospitalizaciones.

•Calidad de vida.

•Adherencia terapéutica.

•Educación nutricional.

•Progresión de la enfermedad renal.

La interpretación de los resultados integró la dirección del efecto, la consistencia entre revisiones, la calidad metodológica, el riesgo de sesgo y la certeza global de la evidencia.

Consideraciones éticas

La presente investigación corresponde a una revisión secundaria de literatura científica previamente publicada. No involucró la participación directa de seres humanos, animales de experimentación ni el acceso a información individual identificable.

Por su naturaleza metodológica, el estudio no requirió aprobación por un Comité de Ética en Investigación ni consentimiento informado. No obstante, todas las etapas fueron desarrolladas conforme a los principios internacionales de integridad científica, transparencia, reproducibilidad y reporte responsable de la evidencia.
Fortalezas metodológicas

Las principales fortalezas de esta revisión incluyen:

•utilización de una metodología de revisión paraguas;

•aplicación de PRISMA 2020 y PRIOR;

•evaluación independiente mediante AMSTAR 2, ROBIS y GRADE;

•integración de evidencia procedente exclusivamente de revisiones sistemáticas y metaanálisis;

•enfoque centrado en la atención nutricional especializada como proceso clínico integral.

RESULTADOS

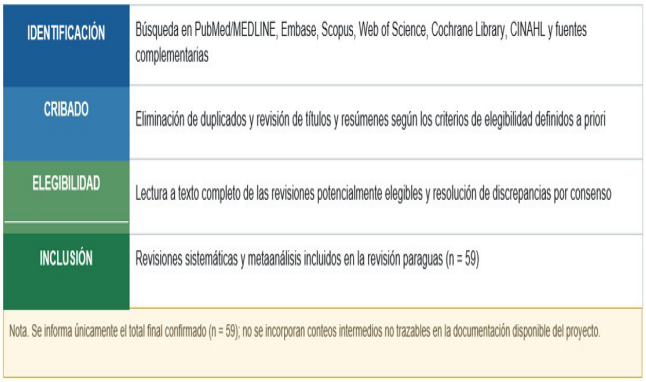
Selección de los estudios

La estrategia de búsqueda bibliográfica permitió identificar un amplio conjunto de revisiones sistemáticas y metaanálisis relacionados con intervenciones nutricionales y atención nutricional en pacientes con enfermedad renal crónica. Tras la eliminación de registros duplicados y la aplicación de los criterios de elegibilidad previamente establecidos, se incluyeron 59 revisiones sistemáticas y metaanálisis, las cuales constituyeron la base de la presente revisión paraguas.

El proceso de identificación, tamizaje, elegibilidad e inclusión se realizó conforme a las recomendaciones de la declaración PRISMA 2020 y se resume en la Figura 2.

Figura 2. Esquema del proceso de selección conforme a PRISMA 2020

Revisión paraguas sobre atención nutricional especializada en adultos con enfermedad renal crónica



Características generales de las revisiones incluidas

Las 59 revisiones sistemáticas y metaanálisis incluidos abarcaron una amplia diversidad de poblaciones, contextos clínicos e intervenciones nutricionales. En conjunto, integraron evidencia proveniente de estudios realizados en múltiples países y sistemas de salud, incluyendo pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento conservador, hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal.

La mayor parte de las revisiones evaluó intervenciones dirigidas a modificar componentes específicos del tratamiento nutricional, como restricción de sodio, control de fósforo, ajuste de la ingesta proteica, suplementación nutricional, educación alimentaria o programas de seguimiento dietético. En menor proporción se identificaron revisiones que analizaran estrategias estructuradas de atención nutricional desarrolladas por profesionales especializados.

Una selección de revisiones sistemáticas clave, con sus principales características y hallazgos, se presenta en la Tabla 3.

Calidad metodológica de la evidencia

La evaluación mediante la herramienta AMSTAR 2 mostró que la mayoría de las revisiones presentó una calidad metodológica entre moderada y alta. Las fortalezas más frecuentes fueron la definición explícita de la pregunta de investigación, la aplicación de estrategias sistemáticas de búsqueda, la utilización de criterios claros de elegibilidad y la evaluación del riesgo de sesgo de los estudios primarios.

Las principales limitaciones metodológicas identificadas correspondieron a la ausencia de protocolos previamente registrados, información incompleta sobre estudios excluidos y escasa descripción de las fuentes de financiamiento de los estudios primarios. No obstante, estas deficiencias no modificaron de manera sustancial la consistencia general de los hallazgos.

La evaluación mediante ROBIS mostró un predominio de revisiones con bajo riesgo global de sesgo, aunque algunas presentaron incertidumbre relacionada con la selección de estudios y la interpretación de los resultados.

En conjunto, la evidencia disponible puede considerarse metodológicamente robusta para responder preguntas relacionadas con desenlaces intermedios; sin embargo, resulta menos consistente cuando se analizan desenlaces mayores como mortalidad o supervivencia.

Evidencia sobre mortalidad y supervivencia

Uno de los principales objetivos de esta revisión paraguas fue determinar si la atención nutricional especializada influye sobre la mortalidad y la supervivencia de los pacientes con enfermedad renal crónica.

La síntesis de la evidencia mostró que no existe evidencia concluyente que demuestre una reducción significativa de la mortalidad por todas las causas atribuible exclusivamente a la atención nutricional especializada. De manera similar, los estudios disponibles no permitieron establecer un efecto consistente sobre la supervivencia a largo plazo.

No obstante, este hallazgo debe interpretarse con cautela. La mayoría de las revisiones incluyó estudios diseñados para evaluar desenlaces bioquímicos, antropométricos o nutricionales, con periodos de seguimiento relativamente cortos y tamaños muestrales insuficientes para detectar diferencias en eventos clínicos mayores. En consecuencia, la ausencia de evidencia concluyente parece reflejar principalmente limitaciones metodológicas de la literatura disponible y no necesariamente la inexistencia de un beneficio clínico.

Diversas revisiones identificaron mejorías en variables estrechamente relacionadas con la supervivencia, como el estado nutricional, la reducción del desgaste proteico-energético, el control del metabolismo mineral y la disminución de factores de riesgo cardiovascular. Estos hallazgos respaldan la plausibilidad biológica de un efecto favorable sobre desenlaces mayores, aunque dicha hipótesis aún requiere confirmación mediante estudios prospectivos específicamente diseñados para este propósito.

Evidencia sobre el estado nutricional

El beneficio más consistente observado correspondió a la mejoría del estado nutricional.

Las revisiones sistemáticas coincidieron en demostrar que la atención nutricional especializada favorece una mayor adecuación de la ingesta energética y proteica, preserva la masa muscular, disminuye la frecuencia de desnutrición proteico-energética y mejora diversos indicadores antropométricos y bioquímicos.

Estos beneficios fueron particularmente evidentes cuando la intervención fue desarrollada mediante un proceso estructurado de atención nutricional, con valoración inicial, planificación individualizada, educación continua y seguimiento periódico por profesionales especializados.

La consistencia de estos hallazgos posiciona al estado nutricional como el desenlace con mayor respaldo científico dentro de la literatura actualmente disponible.

Evidencia sobre parámetros bioquímicos

Las revisiones incluidas mostraron evidencia consistente respecto al efecto favorable de la atención nutricional especializada sobre diversos parámetros metabólicos.

Los beneficios más reproducibles fueron:

•disminución del fósforo sérico;

•reducción de la ingesta de sodio;

•mejor control del equilibrio mineral y óseo;

•mejoría del control tensional;

•reducción de la ganancia de peso interdialítica;

•mayor adherencia a las recomendaciones dietéticas.

Aunque la magnitud del efecto fue variable entre estudios, la dirección de los resultados fue ampliamente consistente, respaldando el papel de la nutrición clínica como componente fundamental del tratamiento metabólico de la enfermedad renal crónica.

Evidencia sobre calidad de vida

Las revisiones sistemáticas mostraron una tendencia consistente hacia la mejoría de la calidad de vida relacionada con la salud entre los pacientes que recibieron atención nutricional especializada.

Las principales dimensiones beneficiadas fueron:

•bienestar físico;

•capacidad funcional;

•percepción del estado general de salud;

•seguridad alimentaria;

•conocimiento sobre la enfermedad;

•satisfacción con el tratamiento.

La magnitud del beneficio fue variable debido a la utilización de diferentes instrumentos de medición; sin embargo, la dirección del efecto fue consistentemente favorable.

Evidencia sobre adherencia terapéutica

La participación activa del profesional de la nutrición clínica se asoció con una mayor adherencia a las recomendaciones dietéticas y al tratamiento integral.

Las revisiones identificaron mejor cumplimiento respecto a:

•restricción de sodio;

•control de fósforo;

•consumo proteico;

•control de líquidos;

•uso de quelantes de fósforo;

•seguimiento de planes alimentarios individualizados.

La educación nutricional continua y el seguimiento periódico fueron los componentes que mostraron mayor influencia sobre este desenlace.

Evidencia sobre hospitalizaciones

La evidencia disponible respecto a hospitalizaciones fue considerablemente más limitada.

Algunas revisiones reportaron una reducción en la frecuencia de ingresos hospitalarios entre pacientes sometidos a programas estructurados de atención nutricional; sin embargo, los resultados fueron heterogéneos y generalmente derivados de estudios con tamaño muestral reducido o seguimiento insuficiente.

En consecuencia, la certeza de la evidencia para este desenlace permanece baja y no permite establecer conclusiones definitivas. Educación nutricional y autocuidado

Las revisiones coincidieron en señalar que los programas estructurados de educación nutricional incrementan el conocimiento del paciente respecto a su enfermedad, favorecen el autocuidado y mejoran la capacidad para tomar decisiones relacionadas con la alimentación.

Entre los aspectos que mostraron mayor mejoría destacan:

- selección adecuada de alimentos;
- interpretación del etiquetado nutricional;
- comprensión de las restricciones dietéticas;
- reconocimiento de alimentos con alto contenido de sodio y fósforo;
- adherencia a recomendaciones individualizadas.

Aunque el incremento del conocimiento no siempre se tradujo inmediatamente en cambios clínicos mayores, constituye un elemento esencial para mejorar la adherencia terapéutica y favorecer resultados sostenibles a largo plazo.

Tabla 2. Síntesis de la evidencia según desenlace clínico

Dirección global y consistencia cualitativa de los hallazgos de la revisión paraguas

Desenlace clínico	Dirección global	Consistencia	Principal interpretación
Estado nutricional	Favorable	Consistente	Uno de los desenlaces con mayor respaldo; mejoría del estado nutricional, la ingesta y la masa muscular.
Parámetros metabólicos / control metabólico	Favorable	Consistente	Mejor control metabólico y bioquímico en la mayoría de las revisiones.
Control del fósforo sérico	Favorable	Consistente	Reducción del fósforo sérico reportada de forma repetida.
Presión arterial	Favorable	Consistente	Tendencia a mejor control tensional.
Ganancia de peso interdialítica	Favorable	Consistente	Menor ganancia de peso interdialítica en pacientes con seguimiento nutricional.
Adherencia terapéutica	Favorable	Consistente	Mayor cumplimiento de recomendaciones dietéticas y terapéuticas.
Educación nutricional	Favorable	Consistente	Mayor conocimiento, autocuidado y comprensión del tratamiento.
Calidad de vida relacionada con la salud	Favorable	Variable	Tendencia global favorable, aunque con instrumentos heterogéneos.
Hospitalizaciones	Incierta	Heterogénea	La evidencia es limitada y no permite conclusiones definitivas.
Mortalidad	No concluyente	Limitada	No existe evidencia concluyente de reducción de la mortalidad.
Supervivencia	No concluyente	Limitada	No existe evidencia concluyente de mejoría de la supervivencia.

Nota. La tabla resume la dirección global y la consistencia cualitativa de la evidencia sintetizada en la revisión paraguas. No se presentan tamaños de efecto ni estimaciones cuantitativas debido a la heterogeneidad metodológica de las revisiones incluidas. ERC: enfermedad renal crónica.

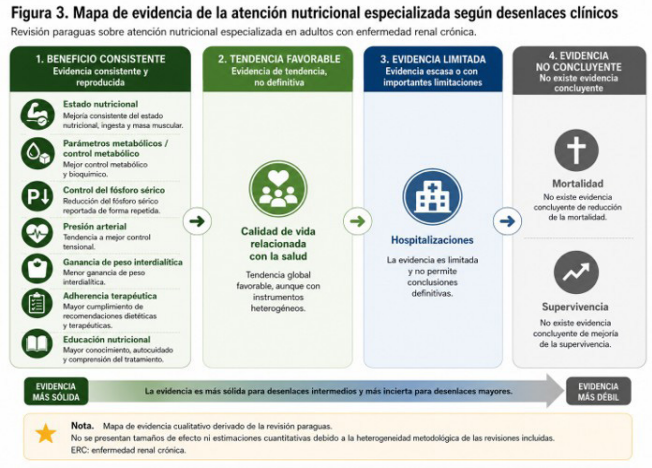


Figura 3. Mapa de evidencia de la atención nutricional especializada según desenlaces clínicos.

Vacíos de conocimiento identificados

El análisis conjunto de las revisiones permitió identificar varios vacíos relevantes en la literatura científica.

En primer lugar, la mayor parte de las investigaciones continúa evaluando intervenciones nutricionales aisladas, mientras que el proceso completo de atención nutricional especializada permanece escasamente estudiado.

En segundo lugar, existe una marcada heterogeneidad en la definición de las intervenciones, los desenlaces evaluados y los periodos de seguimiento, lo que dificulta la comparación entre estudios.

Asimismo, la mayoría de los estudios se concentra en desenlaces intermedios, existiendo una limitada cantidad de investigaciones diseñadas para evaluar mortalidad, supervivencia, costo-efectividad y utilización de servicios de salud.

Finalmente, la representación de países de ingresos medios y bajos continúa siendo limitada, lo que restringe parcialmente la aplicabilidad de los resultados en contextos latinoamericanos.



Figura 4. Brechas de conocimiento y agenda de investigación futura en atención nutricional especializada para enfermedad renal crónica.

Síntesis global de la evidencia

La integración crítica de las revisiones sistemáticas permitió identificar un patrón consistente.

La atención nutricional especializada demuestra beneficios claros sobre múltiples desenlaces clínicos intermedios, particularmente en relación con el estado nutricional, el control metabólico, la adherencia terapéutica, la educación nutricional y la calidad de vida.

Por el contrario, la evidencia disponible continúa siendo insuficiente para demostrar efectos concluyentes sobre mortalidad y supervivencia. Sin embargo, esta limitación parece obedecer principalmente a las características metodológicas de la literatura publicada y no a la ausencia de efectividad clínica.

En conjunto, los hallazgos respaldan la incorporación de la atención nutricional especializada como componente esencial del manejo multidisciplinario de la enfermedad renal crónica e identifican la necesidad de desarrollar estudios prospectivos que evalúen modelos integrales de atención nutricional utilizando desenlaces clínicos mayores.

Tabla 3. Características generales y principales hallazgos de revisiones sistemáticas clave incluidas

Revisión paraguas sobre atención nutricional especializada en adultos con enfermedad renal crónica

Tabla 3. Características generales y principales hallazgos de revisiones sistemáticas clave incluidas

Revisión paraguas sobre atención nutricional especializada en adultos con enfermedad renal crónica

Primer autor (año)	Población	Intervención nutricional evaluada	Participación del profesional*	Desenlaces principales	Hallazgos principales	Estudios (participantes)	AMSTAR 2
Palmer et al. (2017)	Adultos con ERC en diferentes estadios	Diversas intervenciones dietéticas: restricción proteica, sodio, fósforo y suplementos	No claramente identificada	Mortalidad; progresión de ERC; necesidad de diálisis, eventos cardiovasculares; calidad de vida	Evidencia heterogénea; beneficio en algunos parámetros clínicos y metabólicos, sin evidencia concluyente sobre mortalidad.	47 (7 642)	Alta
Brown et al. (2021)	Adultos con ERC	Intervenciones dietéticas con participación de dietistas	Sí	Estado nutricional; parámetros bioquímicos; adherencia; calidad de vida	La intervención del dietista mejoró diversos desenlaces intermedios y favoreció la adherencia terapéutica.	23 (3 162)	Moderada-Alta
Rzepe et al. (2021)	Adultos con ERC no dialítica	Terapia médico-nutricional enfocada en restricción de sodio	Sí	Presión arterial; excreción urinaria de sodio; función renal	Reducciones significativas en presión arterial y excreción de sodio mediante seguimiento nutricional.	15 (1 245)	Alta
St-Jules et al. (2021)	Pacientes en hemodiálisis	Educación nutricional para control del fósforo	Sí	Fósforo sérico; adherencia dietética	Disminución del fósforo sérico y mejor adherencia al tratamiento nutricional.	14 (1 007)	Alta
Katsariten et al. (2014)	Pacientes en hemodiálisis	Programas educativos sobre dieta baja en fósforo	Parcialmente identificada	Hiperfosfatemia; conocimientos nutricionales	La educación nutricional mejoró el control de la hiperfosfatemia y el conocimiento del paciente.	17 (1 153)	Moderada
Bescoso et al. (2024)	Pacientes en hemodiálisis	Restricción de sodio	Parcialmente identificada	Ganancia de peso interdialítica	Reducciones modestas pero consistentes de la ganancia de peso interdialítica.	10 (676)	Moderada
Rhea et al. (2018)	ERC no dialítica	Dieta baja en proteínas	No claramente identificada	Progresión de ERC; inicio de diálisis	Posible retraso en la progresión de la enfermedad; evidencia heterogénea y de certeza limitada.	13 (1 001)	Moderada
Kelly et al. (2017)	Adultos con ERC	Patrones dietéticos saludables	No claramente identificada	Mortalidad; progresión a enfermedad renal terminal	Los patrones dietéticos saludables se asociaron con menor riesgo de mortalidad y progresión de la ERC.	30 (124 384)	Alta
Shi et al. (2022)	Adultos con ERC	Dieta baja en sodio	No claramente identificada	Presión arterial; proteinuria; función renal	Beneficios consistentes sobre presión arterial y proteinuria; evidencia insuficiente sobre mortalidad.	20 (4 150)	Alta

Nota. Se muestran revisiones sistemáticas de intervención con datos completos y trazables en la matriz previa del proyecto. El corpus global de la revisión paraguas comprende 59 revisiones; la matriz integra revisión por revisión diez presentadas como material suplementario. *Participación profesional: intervención o seguimiento realizado por nutriólogo/dietista. ERC: enfermedad renal crónica;

DISCUSIÓN

La presente revisión paraguas integra la evidencia científica de mayor nivel disponible sobre el papel de la atención nutricional especializada en pacientes adultos con enfermedad renal crónica y aporta una perspectiva conceptual que, hasta donde alcanza nuestro conocimiento, ha sido escasamente abordada en la literatura. Mientras que la mayoría de las revisiones publicadas se ha concentrado en evaluar intervenciones dietéticas específicas, este trabajo analiza la atención nutricional especializada como un proceso clínico integral, permitiendo una interpretación más amplia del papel que desempeña el profesional de la nutrición dentro del manejo multidisciplinario de la enfermedad renal crónica.

El hallazgo más relevante de esta revisión es que la atención nutricional especializada demuestra beneficios consistentes sobre múltiples desenlaces clínicamente importantes, particularmente en el estado nutricional, el control metabólico, la adherencia terapéutica, la educación nutricional y la calidad de vida relacionada con la salud. Estos resultados respaldan las recomendaciones de las principales guías internacionales, las cuales consideran la terapia médico-nutricional como un componente esencial del tratamiento de la enfermedad renal crónica y recomiendan su implementación mediante procesos sistemáticos de valoración, intervención y seguimiento individualizado (KDIGO, 2024; Ikizler et al., 2020; Fiaccadori et al., 2021).

En contraste, la revisión no identificó evidencia suficiente para demostrar una reducción significativa de la mortalidad o un incremento de la supervivencia atribuibles exclusivamente a la atención nutricional especializada. Este resultado podría interpretarse de manera errónea como ausencia de beneficio; sin embargo, un análisis detallado de la literatura permite llegar a una conclusión diferente. La mayor parte de los estudios primarios incluidos en las revisiones sistemáticas fue diseñada para evaluar desenlaces intermedios, con periodos de seguimiento relativamente cortos y tamaños muestrales insuficientes para detectar diferencias en eventos poco frecuentes como la mortalidad. En consecuencia, la falta de evidencia concluyente parece reflejar una limitación metodológica de la investigación disponible más que una ausencia real de efectividad clínica.

Este aspecto representa uno de los principales aportes de la presente revisión. Tradicionalmente, la investigación en nutrición renal ha utilizado como unidad de análisis intervenciones específicas, tales como la restricción de sodio, la reducción de proteínas, el control del fósforo o la suplementación nutricional. Aunque estas estrategias forman parte del tratamiento integral, ninguna de ellas representa por sí sola la complejidad de la atención nutricional especializada. El proceso de atención nutricional comprende una secuencia organizada de tamizaje, valoración integral, diagnóstico nutricional, planificación terapéutica, intervención individualizada, educación, monitoreo y seguimiento continuo. Evaluar únicamente uno de estos componentes equivale a analizar una parte del proceso sin considerar la interacción entre todos sus elementos. Esta diferencia conceptual tiene importantes implicaciones metodológicas. Cuando las revisiones sistemáticas sintetizan exclusivamente intervenciones aisladas, las conclusiones obtenidas difícilmente pueden extrapolarse al impacto global de un modelo estructurado de atención nutricional. Por ello, la pregunta que orienta esta revisión no consiste únicamente en determinar si una determinada estrategia dietética produce beneficios clínicos,

sino en establecer si existe evidencia suficiente para considerar la atención nutricional especializada como una intervención compleja capaz de modificar la evolución de los pacientes con enfermedad renal crónica. Desde esta perspectiva, la principal contribución del presente estudio no radica en generar una nueva estimación del efecto, sino en redefinir la unidad de análisis sobre la cual debería construirse la investigación futura.

Los resultados obtenidos son fisiopatológicamente coherentes con el conocimiento actual sobre la enfermedad renal crónica. La optimización del estado nutricional contribuye a preservar la masa muscular, disminuir el desgaste proteico-energético, controlar las alteraciones del metabolismo mineral y óseo, mejorar el equilibrio hidroelectrolítico y favorecer la adherencia al tratamiento. Estos mecanismos pueden influir indirectamente sobre complicaciones cardiovasculares, infecciosas y metabólicas, las cuales representan las principales causas de hospitalización y muerte en esta población. Aunque la evidencia disponible aún no permite demostrar un beneficio directo sobre la supervivencia, la consistencia observada en múltiples desenlaces intermedios respalda la plausibilidad biológica de un efecto favorable a largo plazo.

Desde la perspectiva de la práctica clínica, los hallazgos fortalecen el papel del nutriólogo clínico como integrante permanente de los equipos multidisciplinarios dedicados a la atención de pacientes con enfermedad renal crónica. La atención nutricional especializada no debe limitarse a la prescripción de dietas o a intervenciones educativas aisladas; por el contrario, debe concebirse como un proceso clínico continuo, individualizado y dinámico que acompañe al paciente durante toda la evolución de la enfermedad. Esta visión coincide con el Nutrition Care Process, modelo internacional que busca estandarizar la práctica profesional mediante un enfoque sistemático orientado a resultados.

Las implicaciones organizacionales también merecen ser destacadas. El crecimiento sostenido de la enfermedad renal crónica representa uno de los mayores desafíos para los sistemas de salud, particularmente en países de ingresos medios donde los recursos destinados a terapia de reemplazo renal son limitados. En este contexto, fortalecer programas institucionales de atención nutricional especializada podría contribuir a optimizar el control metabólico, mejorar la adherencia terapéutica y reducir la aparición de complicaciones potencialmente evitables. Aunque la evidencia disponible sobre costo-efectividad aún es limitada, los beneficios observados sobre desenlaces clínicos intermedios justifican la incorporación de modelos organizacionales que integren de manera sistemática a profesionales especializados en nutrición clínica dentro de los servicios de nefrología

En el contexto de IMSS-Bienestar y de hospitales regionales como el Hospital Regional de Xalapa Dr. Luis F. Nachón, estos resultados adquieren especial relevancia. La creciente demanda de atención por enfermedad renal crónica exige modelos asistenciales capaces de mejorar la calidad de la atención sin incrementar de manera desproporcionada los costos sanitarios. La integración de procesos estructurados de atención nutricional especializada representa una oportunidad para fortalecer la atención multidisciplinaria, estandarizar la práctica clínica y generar indicadores de calidad que permitan evaluar objetivamente el impacto de estas intervenciones dentro de las instituciones públicas de salud.

Esta revisión también identifica una agenda clara para la investigación futura. Resulta prioritario desarrollar estudios prospectivos multicéntricos que evalúen la atención nutricional especializada como una intervención compleja y no únicamente como un conjunto de modificaciones dietéticas aisladas. Dichas investigaciones deberían incorporar desenlaces clínicos mayores, incluyendo mortalidad, supervivencia, hospitalizaciones, progresión de la enfermedad renal, costo-efectividad, calidad de vida y resultados reportados por los propios pacientes. Asimismo, será necesario estandarizar la definición de atención nutricional especializada para facilitar la comparación entre estudios y fortalecer la generación de evidencia de alta calidad.

Entre las principales fortalezas de esta revisión destacan la utilización de una metodología de revisión paraguas, la aplicación de herramientas internacionalmente reconocidas para la evaluación de la calidad metodológica (AMSTAR 2), el riesgo de sesgo (ROBIS) y la certeza de la evidencia (GRADE), así como el enfoque centrado en la atención nutricional especializada como proceso clínico integral. Estas características permitieron integrar de manera crítica la evidencia disponible e identificar patrones que difícilmente pueden apreciarse mediante revisiones convencionales.

No obstante, deben reconocerse algunas limitaciones. La presente revisión depende de la calidad metodológica de las revisiones sistemáticas previamente publicadas y está condicionada por la heterogeneidad de las intervenciones, poblaciones y desenlaces evaluados. Adicionalmente, el posible solapamiento de estudios primarios constituye una limitación inherente a las revisiones paraguas. Finalmente, la escasez de investigaciones diseñadas para evaluar desenlaces clínicos mayores limita la posibilidad de establecer conclusiones definitivas respecto al impacto de la atención nutricional especializada sobre la mortalidad y la supervivencia.

En conjunto, los hallazgos de esta revisión respaldan la incorporación de la atención nutricional especializada como un componente esencial del manejo integral de la enfermedad renal crónica y sugieren que el principal vacío de conocimiento no reside en la eficacia de la intervención, sino en la forma en que ésta ha sido estudiada. La transición desde investigaciones centradas en nutrientes individuales hacia estudios que evalúen modelos completos de atención nutricional representa una oportunidad para generar evidencia más útil, más aplicable y con mayor capacidad para transformar la práctica clínica y la organización de los servicios de salud.

CONCLUSIONES

La presente revisión paraguas sintetiza la evidencia científica de mayor nivel disponible sobre la atención nutricional especializada en pacientes adultos con enfermedad renal crónica y confirma que esta constituye un componente esencial del manejo multidisciplinario contemporáneo. En conjunto, la literatura demuestra beneficios consistentes sobre múltiples desenlaces clínicamente relevantes, particularmente en el estado nutricional, el control metabólico, la adherencia terapéutica, la educación nutricional y la calidad de vida relacionada con la salud, respaldando su incorporación sistemática dentro de los programas integrales de atención de estos pacientes.

No obstante, la evidencia actualmente disponible continúa siendo insuficiente para demostrar un efecto concluyente sobre la mortalidad o la supervivencia. Este hallazgo no debe interpretarse como ausencia de beneficio clínico, sino como consecuencia de limitaciones metodológicas persistentes en la literatura, caracterizadas por estudios con seguimiento limitado, tamaños muestrales reducidos, heterogeneidad de las intervenciones y predominio de desenlaces intermedios sobre desenlaces clínicos mayores.

El principal aporte de esta revisión consiste en identificar una brecha conceptual que ha pasado prácticamente inadvertida en la investigación sobre nutrición renal. La mayor parte de las revisiones sistemáticas publicadas ha evaluado intervenciones dietéticas específicas —como restricción de sodio, control de fósforo, modificación de la ingesta proteica o suplementación nutricional—, mientras que el proceso integral de atención nutricional especializada ha sido escasamente considerado como unidad de análisis. Esta diferencia conceptual tiene implicaciones relevantes para la interpretación de la evidencia, ya que una intervención nutricional aislada representa únicamente un componente de un proceso clínico mucho más amplio, dinámico y multidisciplinario.

En consecuencia, los resultados de este estudio respaldan la necesidad de evolucionar desde un modelo de investigación centrado en nutrientes o dietas específicas hacia un enfoque orientado a evaluar modelos estructurados de atención nutricional especializada. Este cambio permitirá generar evidencia más representativa de la práctica clínica real y contribuirá a comprender con mayor precisión el impacto del profesional de la nutrición dentro del equipo multidisciplinario que atiende pacientes con enfermedad renal crónica.

Desde la perspectiva asistencial, los hallazgos fortalecen la recomendación de integrar de manera sistemática al nutriólogo clínico en las unidades dedicadas al manejo de la enfermedad renal crónica. La atención nutricional especializada debe entenderse como un proceso continuo que comprende tamizaje, valoración nutricional, diagnóstico, intervención individualizada, educación, monitoreo y seguimiento permanente, con el objetivo de optimizar el estado nutricional, mejorar la adherencia terapéutica y favorecer desenlaces clínicos centrados en el paciente.

En el ámbito de la gestión sanitaria, esta revisión proporciona un fundamento científico para impulsar el desarrollo de programas institucionales de atención nutricional especializada dentro de hospitales y redes de atención renal. La implementación de modelos organizacionales basados en evidencia podría contribuir no solo a mejorar la calidad de la atención, sino también a optimizar el uso de recursos, fortalecer la continuidad asistencial y favorecer estrategias de prevención de complicaciones asociadas con la enfermedad renal crónica.

Finalmente, esta revisión identifica una agenda prioritaria para la investigación futura. Resulta indispensable desarrollar estudios prospectivos multicéntricos que evalúen la atención nutricional especializada como una intervención clínica compleja, utilizando definiciones estandarizadas y desenlaces de alta relevancia clínica, incluyendo mortalidad, supervivencia, progresión de la enfermedad, hospitalizaciones, costo-efectividad, calidad de vida y resultados reportados por los pacientes. La generación de esta evidencia permitirá consolidar el papel de la nutrición clínica dentro de la nefrología moderna y fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia. En conclusión, la atención nutricional especializada debe considerarse una intervención clínica integral y no únicamente un conjunto de recomendaciones dietéticas. La principal contribución de esta revisión paraguas radica en demostrar que el verdadero vacío de conocimiento no se encuentra en la eficacia de las intervenciones nutricionales individuales, sino en la escasa investigación que ha evaluado el proceso completo de atención nutricional especializada. Reconocer esta diferencia representa un cambio de paradigma que puede orientar tanto la investigación futura como la organización de los servicios de salud y la práctica clínica en pacientes con enfermedad renal crónica.

DECLARACIONES FINALES

Declaración de contribución de los autores (CRediT)

Alfredo Poblete Velázquez: Conceptualización; metodología; diseño de la investigación; estrategia de búsqueda; selección de estudios; extracción y análisis de datos; evaluación metodológica; interpretación de resultados; redacción del borrador original; revisión crítica del manuscrito; edición científica; administración del proyecto.

Rebeca Fernández Villaescusa: Conceptualización; asesoría en nutrición clínica; interpretación de la evidencia científica; revisión crítica del contenido; validación científica; edición del manuscrito.

Miguel Ángel Domínguez Franco: Asesoría clínica en nefrología; interpretación de los hallazgos; revisión crítica del manuscrito; validación científica; supervisión del contenido clínico.

Claudia Del Carmen Caballero Cerdán: Revisión crítica del contenido; validación científica; edición del manuscrito.

La versión final del manuscrito deberá ser revisada y aprobada por todos los autores antes de su publicación.

REFERENCIAS METODOLÓGICAS

• Aromataris E, Fernandez R, Godfrey CM, Holly C, Khalil H, Tungpunkom P. Summarizing systematic reviews: Methodological development, conduct and reporting of an umbrella review approach. International Journal of Evidence-Based Healthcare. 2015;13(3):132–140.

• Gates M, Gates A, Pieper D, et al. Reporting guideline for overviews of reviews of healthcare interventions: The PRIOR Statement. BMJ. 2022;378:e070849.

• Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71.

• Shea BJ, Reeves BC, Wells G, et al. AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews. BMJ. 2017;358:j4008.

• Whiting P, Savović J, Higgins JPT, et al. ROBIS: A tool to assess risk of bias in systematic reviews. Journal of Clinical Epidemiology. 2016;69:225–234.

• Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 2008;336:924–926.

REFERENCIAS CLÍNICAS FUNDAMENTALES

• KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. 2024.

• Ikizler TA, Burrowes JD, Byham-Gray LD, et al. KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020 Update. American Journal of Kidney Diseases. 2020.

• Fiaccadori E, Sabatino A, Barazzoni R, et al. ESPEN Guideline on Clinical Nutrition in Hospitalized Patients with Acute or Chronic Kidney Disease. Clinical Nutrition. 2021.

• Carrero JJ, Stenvinkel P, Cuppari L, et al. Etiology of Protein-Energy Wasting Syndrome in CKD. Journal of Renal Nutrition. 2013.

• Fouque D, Kalantar-Zadeh K, Kopple JD, et al. A Proposed Nomenclature and Diagnostic Criteria for Protein-Energy Wasting. Kidney International. 2008.

REFERENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS

• GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global burden of chronic kidney disease. The Lancet. 2020.

• Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, et al. Global prevalence of chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE. 2016.

• Jager KJ, Kovesdy C, Langham R, et al. Worldwide more than 850 million individuals have kidney diseases. Kidney International. 2019.

• Kalantar-Zadeh K, Jafar TH, Nitsch D, et al. Chronic Kidney Disease. The Lancet. 2021.

• Webster AC, Nagler EV, Morton RL, et al. Chronic kidney disease. The Lancet. 2017.

REFERENCIAS SOBRE NUTRICIÓN RENAL

• Kalantar-Zadeh K, Fouque D. Nutritional Management of Chronic Kidney Disease. New England Journal of Medicine. 2017.

• Kelly JT, Palmer SC, Wai SN, et al. Healthy Dietary Patterns and Risk of Mortality in CKD. CJASN. 2017.

• Palmer SC, Maggo JK, Campbell KL, et al. Dietary interventions for adults with chronic kidney disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017.

• Rozga MR, Burrowes JD, Byham-Gray LD, et al. Effects of Sodium-Specific Medical Nutrition Therapy. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 2022.

• St-Jules DE, Rozga MR, Handu D, et al. Phosphate-specific diet therapy in hemodialysis. CJASN. 2021.

• Brown TJ, Williams H, Mafrici B, et al. Dietary interventions with dietitian involvement in adults with chronic kidney disease. Journal of Human Nutrition and Dietetics. 2021.

• Rhee CM, Ahmadi SF, Kovesdy CP, et al. Low-protein diet for conservative management of CKD. Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle. 2018.

• Karavetian M, de Vries N, Rizk R, et al. Dietary educational interventions for management of hyperphosphatemia. Nutrition Reviews. 2014.

REFERENCIAS DEL NUTRITION CARE PROCESS

• Swan WI, Vivanti A, Hakel-Smith NA, et al. Nutrition Care Process and Model Update. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 2017.

• Swan WI, Pertel DG, Hotson B, et al. Nutrition Care Process Update Part II. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 2019.



La **Revista Digital Educación, Información y Difusión en Salud**, es un espacio de educación, difusión e investigación en salud, mediante contenidos relevantes cuyas secciones reflejan las acciones que realiza personal de salud y que impacta en la salud de la sociedad, desde la óptica de la conjunción de esfuerzos encaminados a proyectar el quehacer médico del Hospital Regional de Xalapa Dr. Luis F. Nachón y de otros colaboradores, a partir de los 200 años de su existencia. Bajo este contexto, la educación en salud es un elemento clave en el cambio de conductas; así mismo, la difusión de temáticas como los Días Internacionales en Salud, permite a su vez, sensibilizar a la población en compromisos pendientes en este rubro. Cada una de las acciones deberían ser visualizadas desde la concepción del impacto obtenido en salud, cuya objetividad la va a permitir la investigación, a fin de generar evidencia para el progreso de políticas públicas destinadas al mejoramiento del estado de salud de la población; es por ello que estamos seguros que lo plasmado en esta revista será de suma utilidad para sus lectores.

Las secciones que considera la Revista Digital del Hospital Regional de Xalapa Dr. Luis F. Nachón para su publicación son las siguientes:

***Trayectoria en Salud.** Historia sobre el hospital, personajes claves, casos de éxito, áreas del hospital.

***Educación en Salud.** Técnicas, procedimientos o información relevante para afianzar el conocimiento del personal de salud, técnico o administrativo.

***Tecnología en Salud.** Aparatos o instrumentos claves para el funcionamiento del hospital.

***Aportaciones en Salud.** Reflexiones sobre algún tema de salud.

***Días internacionales en Salud.** De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud/ OMS.

***Eventos en Salud.** Cursos, celebraciones, conmemoraciones, nombramientos, etc.

***Sesiones Generales de hospital.** Departamento de Enseñanza.

***Cursos** próximos a impartirse o impartidos por Jefatura.

***Investigación** (artículo original, ensayo).

Periodicidad: Cuatrimestral.

Criterios de publicación de artículos originales de la Revista Digital:

Fondo:

1.Los artículos deberán ser inéditos, originales, y que contribuyan a generar conocimiento científico, priorizando la objetividad y el rigor científico, preferentemente de investigaciones realizadas en el hospital o como colaboraciones externas.

2.Pueden haberse presentado en foros o congresos.

3.Deberá anexar una hoja principal con el nombre de los autores, indicando el autor responsable de la correspondencia.

4.Deberá considerar preferentemente si es artículo de investigación, la metodología siguiente:

Resumen y palabras claves, introducción, material y métodos, resultados, discusión y conclusiones, cuyo resumen deberá seguir el mismo orden enunciado del documento.

5.Deberá cuidar aspectos éticos, comprendiendo la importancia de conflictos de interés, responsabilidad y confidencialidad.

Forma:

6.Deberán ser redactados en letra Arial 12 con interlineado 1.5.

7.Con un máximo de 6 autores.

8.Las fuentes deberán citarse en formato Vancouver.

9.Las figuras, tablas y gráficas se enviarán dentro del documento al final, con su referencia correspondiente, con un máximo de 4 tablas, gráficas y/o figuras.

Te gustaría colaborar en la revista? Escribe a revistadigitalhr@gmail.com

Hospital Regional de Xalapa Dr. Luis F. Nachón
Calle Pedro Rendón No. 1 Centro. Xalapa, Veracruz.
CP. 91000. Tel. 2288188090
Facebook: Hospital Regional de Xalapa Dr. Luis F. Nachón