

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TEMA:

**Caso clínico: Abordaje nutricional en paciente con
restitución intestinal**

AUTOR:

Cabrera Pombo, Carlos Andrés

**Componente práctico del examen complejo previo a la
obtención del título de LICENCIADO EN NUTRICIÓN,
DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TUTORA:

Loiza Cucalón, Ana Lucia

Guayaquil, Ecuador

1 de septiembre del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente **componente práctico del examen complejo**, fue realizado en su totalidad por **Cabrera Pombo, Carlos Andrés**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciado en Nutrición, Dietética y Estética**

REVISORA

f. _____

LOAIZA CUCALÓN, ANA LUCIA

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

CELI MERO, MARTHA VICTORIA

Guayaquil, 1 de septiembre del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Carlos Andrés Cabrera Pombo

DECLARO QUE:

El **componente práctico del examen complejo, Caso clínico: Abordaje nutricional en paciente con restitución intestinal**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Nutrición Dietética y Estética**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme a las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente, este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 1 de septiembre del 2025

EL AUTOR

f. _____

Cabrera Pombo, Carlos Andrés



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA

AUTORIZACIÓN

Yo, Cabrera Pombo, Carlos Andrés

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución el **componente práctico del examen complejo Caso clínico: Abordaje nutricional en paciente con restitución intestinal**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 1 de septiembre del 2025

EL AUTOR:

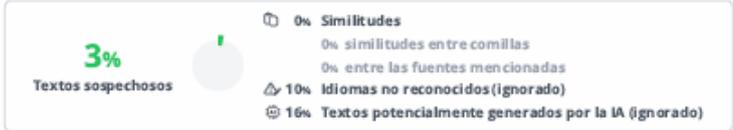
f.  _____

Cabrera Pombo, Carlos Andrés

Reporte Compilatio



carlos.cabrera



Nombre del documento: carlos.cabrera.docx
ID del documento: d596ec4dc9086793cc4e46f1393609a97aaabf35
Tamaño del documento original: 510,97 kB

Depositante: Carlos Luis Poveda Loor
Fecha de depósito: 26/8/2025
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 26/8/2025

Número de palabras: 3746
Número de caracteres: 26.051

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	Cristian.Chiluša.docx Cristian.Chiluša #7f504 ● Viene de mi biblioteca 25 fuentes similares	13%		🔗 Palabras idénticas: 13% (502 palabras)
2	Examen complejo Romina Ochoa!! (1).docx Examen complejo Ro... #02d8ea ● Viene de mi grupo 22 fuentes similares	10%		🔗 Palabras idénticas: 10% (388 palabras)
3	localhost Comparación de 3 herramientas de cribado nutricional para determin... http://localhost:8080/em/lu/blastream/3317/14800/3/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-405.pdf.txt 22 fuentes similares	10%		🔗 Palabras idénticas: 10% (358 palabras)
4	localhost Relación de la Sarcopenia con el consumo de proteínas de origen ani... http://localhost:8080/em/lu/blastream/3317/9073/3/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-335.pdf.txt 19 fuentes similares	8%		🔗 Palabras idénticas: 8% (291 palabras)
5	Tesis Carrillo González_v1.docx Tesis Carrillo González_v1 #a17cd0 ● Viene de de mi grupo 11 fuentes similares	6%		🔗 Palabras idénticas: 6% (220 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	scielo.jsciii.es Optimización del aporte energético en nutrición artificial: Segund... https://scielo.jsciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50212-16112013000600002	< 1%		🔗 Palabras idénticas: < 1% (31 palabras)
2	repositorio.upse.edu.ec Proyecto de recuperación secundaria por inyección de ... https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/1460007081/1/UPSE-MPE-2022-0004.pdf	< 1%		🔗 Palabras idénticas: < 1% (26 palabras)
3	repositorio.ucsg.edu.ec La prematuridad es la principal complicación del estad... http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/19879/1/T-UCSG-PRE-MED-1382.pdf	< 1%		🔗 Palabras idénticas: < 1% (21 palabras)
4	repositorio.ucsg.edu.ec Evaluación de los servicios de alimentación de la Unive... http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/2256/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-63.pdf	< 1%		🔗 Palabras idénticas: < 1% (13 palabras)
5	Documento de otro usuario #1e3117 ● Viene de de otro grupo	< 1%		🔗 Palabras idénticas: < 1% (15 palabras)



Ana Lucía Loaiza
Cucalon





**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dra. MARTHA VICTORIA CELI MERO

DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

Ing. CARLOS LUIS POVEDA LOOR

COORDINADOR DEL ÁREA

f. _____

Dra. ADRIANA YAGUACHI ALARCON

OPONENTE

INDICE

INTRODUCCION	2
DESARROLLO	3
CASO CLINICO	3
DATOS ANTROPOMÉTRICOS Y BIOQUÍMICOS.....	3
EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL	5
PLANIFICACION DIETETICA	7
CUADRO DIETOSINTETICO.....	7
CUADRO DETALLADO DE ALIMENTOS.....	8
MARCO TEÓRICO	8
CONCLUSION	11

RESUMEN

La nutrición clínica es un componente esencial en el manejo de pacientes quirúrgicos, especialmente con enfermedades crónicas, debido a que la desnutrición hospitalaria se asocia con un mayor riesgo de complicaciones, retraso en la recuperación y aumento de la mortalidad. Se presenta el caso de una paciente femenina de 62 años con antecedente de diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial, ingresada para la restitución del tránsito intestinal posterior a colostomía. Durante el proceso perioperatorio, la paciente requirió un plan nutricional individualizado basado en la fórmula de Mifflin-St Jeor, complementado con la “regla del pulgar” como método de estimación calórica, alcanzando un requerimiento energético de 1562,4 kcal/día y un aporte proteico de 1,3 g/kg de peso. La evaluación mediante la Valoración Global Subjetiva (VGS) determinó un estado de desnutrición moderada (VGS=B), lo que justificó la implementación de nutrición parenteral en el postoperatorio inmediato para garantizar un aporte seguro de energía y nutrientes. Posteriormente, se realizó una transición progresiva a dieta blanda mecánica hasta alcanzar una dieta completa, adecuada a la condición metabólica de la paciente. Este caso destaca la relevancia de implementar un abordaje nutricional integral en pacientes sometidos a restitución del tránsito intestinal. La detección temprana del riesgo nutricional y la provisión de soporte nutricional individualizado contribuyen a disminuir complicaciones, preservar la masa muscular y mejorar la recuperación postoperatoria. La participación del nutricionista clínico es fundamental para diseñar, ejecutar y monitorear el plan terapéutico, garantizando una atención segura y respaldada por la evidencia científica más reciente.

Palabras clave: nutrición clínica, restitución del tránsito intestinal, nutrición parenteral, diabetes mellitus tipo II, desnutrición hospitalaria.

ABSTRACT

Clinical nutrition constitutes a vital element in the management of surgical patients with chronic conditions, as hospital malnutrition correlates with an increased risk of complications, delayed recovery, and higher mortality rates. This report delineates the case of a 62-year-old female patient with a documented history of type II diabetes mellitus and hypertension, who was admitted for intestinal transit restoration following a colostomy. Throughout the perioperative period, the patient required an individualized nutritional plan based on the Mifflin-St Jeor formula, complemented by the "rule of thumb" method for caloric estimation, resulting in an energy requirement of 1562.4 kcal/day and a protein intake of 1.3 g/kg of body weight. Assessment using the Subjective Global Assessment (SGA) determined a state of moderate malnutrition (SGA=B), justifying the implementation of parenteral nutrition in the immediate postoperative period to ensure a safe provision of energy and nutrients. Subsequently, a progressive transition to a soft mechanical diet, until reaching a complete diet, was carried out, adjusted to the patient's metabolic condition. This case underscores the significance of adopting a comprehensive nutritional strategy in patients undergoing intestinal transit restoration. Early identification of nutritional risks and the delivery of tailored nutritional support are vital in minimizing complications, maintaining muscle mass, and enhancing postoperative recovery. The participation of a clinical dietitian is essential in the formulation, implementation, and evaluation of the therapeutic plan, thereby ensuring safe and evidence-based care.

Keywords: clinical nutrition, intestinal transit restoration, parenteral nutrition, type II diabetes mellitus, hospital malnutrition.

INTRODUCCION

La restitución del tránsito intestinal es un procedimiento quirúrgico frecuente en pacientes con antecedente de colostomía, el cual implica desafíos clínicos significativos, especialmente cuando existen comorbilidades como la diabetes mellitus tipo II y la hipertensión arterial. En este contexto, la desnutrición hospitalaria constituye un factor determinante en la evolución postoperatoria, ya que se asocia con mayor incidencia de complicaciones infecciosas, retraso en la cicatrización y prolongación de la estancia hospitalaria (1–4).

El soporte nutricional, particularmente en la fase perioperatoria, adquiere un rol fundamental al garantizar el aporte energético y proteico necesario para preservar la masa magra, optimizar la respuesta inmune y mantener la estabilidad metabólica. Tanto la European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) como la American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) destacan la importancia de una evaluación nutricional sistemática y la implementación temprana de estrategias de soporte, adaptadas al estado clínico y metabólico del paciente (2, 3, 5, 6).

Este estudio presenta el caso clínico de una paciente de 62 años sometida a restitución del tránsito intestinal, en el que el diseño e implementación de un plan nutricional individualizado fue fundamental para el manejo integral. El análisis destaca la importancia de la valoración nutricional, la estimación precisa de requerimientos y la transición oportuna entre modalidades de soporte nutricional como elementos clave para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida postoperatoria (1–3, 5, 6).

DESARROLLO

CASO CLINICO

Paciente femenina de 62 años de edad, APP: Diabetes mellitus tipo II con más de 10 años de evolución, actualmente bajo tratamiento con insulina NPH a dosis de 18 unidades diarias y metformina 500 mg una vez al día. Hipertensión arterial tratada con bisoprolol 2,5 mg. APQx: Apendicectomía. Colostomía realizada el 15 de enero de 2025, como parte del tratamiento de un cuadro de abdomen agudo. Ingresó el 19 de junio a la institución hospitalaria para la restitución del tránsito intestinal (cierre de colostomía) el 24 de junio 2025.

Al examen físico, paciente despierta, colaboradora y orientada. Mucosas orales semihúmedas, presenta edentulismo parcial. Catéter venoso central yugular derecho permeable. Abdomen blando, depresible, no doloroso, presencia de colostomía funcionante. Extremidades simétricas, no edema, con pérdida de masa muscular y tejido adiposo.

A la encuesta alimentaria consume la dieta hospitalaria (Dieta Basal) en su totalidad con buena tolerancia, no presenta síntomas digestivos.

DATOS ANTROPOMÉTRICOS Y BIOQUÍMICOS

Datos antropométricos:

Peso actual: 47,3 kg.

Peso habitual referido: 52- 54kg

Talla: 145 cm

IMC: 22,5 kg/m².

Porcentaje de pérdida de peso: 9 – 12 %

Resultados de análisis bioquímicos

19/06/2025 – Ingreso hospitalario			
Parámetro	Resultado	Unidad	Valores de referencia
Proteínas totales	6,5	g/dL	6,0 – 8,3
Albúmina sérica	3,9	g/dL	3,5 – 5,0
Hierro sérico	73	µg/dL	50 – 170
Transferrina	218	mg/dL	200 – 360
Colesterol total	218	mg/dL	< 200
HDL colesterol	59	mg/dL	> 50 (♀)
26/06/2025 – Postoperatorio			
Parámetro	Resultado	Unidad	Valores de referencia
Hemoglobina	10,2	g/dL	12,0 – 16,0 (♀)
Hematocrito	19,2	%	36 – 46 (♀)
Plaquetas	222.000	/mm ³	150.000 – 450.000
Glóbulos blancos	10.000	/mm ³	4.000 – 10.000
Linfocitos absolutos	1.130	/mm ³	1.000 – 3.000
Creatinina sérica	0,45	mg/dL	0,5 – 0,9 (♀)
Calcio sérico total	8,1	mg/dL	8,5 – 10,5
Magnesio sérico	1,72	mg/dL	1,6 – 2,4
Fósforo sérico	4,5	mg/dL	2,5 – 4,5
Hemoglobina glicosilada (HbA1c)	8,4	%	< 5,7 (normal)/< 7 (DM)

EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL

SUBJETIVO
Paciente femenina de 62 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial. Antecedentes quirúrgicos de apendicectomía y colostomía, en plan de restitución intestinal. Pérdida de peso desde la realización de colostomía desde hace aproximadamente 5 meses. Consume dieta hospitalaria con buena tolerancia, sin síntomas digestivos, presenta dificultad parcial para masticar de consistencia dura por pérdida de piezas dentales.
OBJETIVO
Antropometría: Peso actual: 47,3 kg - Talla: 145 cm - IMC: 22,5 kg/m ² (Bajo Peso) Pérdida de peso estimada: 9 al 12 % en últimos 5 meses = (Grave) Mifflin-St jeor; Mujeres: TMB = (10 x peso en kg) + (6.25 x altura en cm) - (5 x edad en años) - 161 = 1085,5 Kcal * af(1.2) * fi (1,2) GET= 1562,4 kcal = 31 kcal x Kg de peso.
Resultados Bioquímicos: <ul style="list-style-type: none">• Proteínas totales: 6,5 → Normal• Albúmina sérica: 3,9 g/dL → Normal• Hierro sérico: 73 µg/dL → Normal• Transferrina: 218 mg/dL → Normal• Colesterol total: 218 mg/dL → Elevado• HDL colesterol: 59 mg/dL → Óptimo• Hemoglobina: 10,2 g/dL → Baja• Hematocrito: 19,2 % → Bajo
ANALISIS
Valoración Global Subjetiva (VGS):
Cambios de peso 9 – 12 % en los últimos 5 meses = Grave
Cambios en la ingesta dietética: Dieta Basal.

Dificultad parcial en la masticación.
Síntomas Gastrointestinales: No presenta
Capacidad Funcional: Limitación parcial
Enfermedad y relación con requerimientos nutricionales
• Diagnostico primario: Restitución de transito intestinal.
• Estrés metabólico: Moderado (Cirugía abdominal, Comorbilidad: Diabetes mellitus, Hipertensión)
Examen físico: Perdida de grasa subcutánea Perdida de masa muscular
Diagnostico
• Pérdida 9 -12 % del peso habitual en 5 meses.
• Dificultad parcial para la masticacion.
• Reducción de masa muscular y pérdida de grasa subcutánea.
• Limitación funcional por hospitalización.
Clasificación: B –Riesgo de malnutrición / malnutrición moderada.
PLAN
GET= 1562,4 kcal. Proteínas: 1,3 g/kg/día = 61,5g/día = 15% Lípidos: 30% VCT = 50,8g/día CHO: 55% = 214,8g/día Líquidos: 30 ml/kg/día= 1500ml/día
Fase Preoperatoria
Dieta hospitalaria Basal - Blanda mecánica: • Fraccionada en 5 tomas. • Control de Carbohidratos • Si la ingesta es <75% VCT (suplementación oral con formula nutricional) • NPO desde las 22h00 previa a la cirugía
Fase Postoperatoria

Ayuno postquirurgico de 3 a 5 días.

Balance hidrico

Nutrición parenteral total

- Aminoácidos 15 %: 400 ml
- Glucosa 50 %: 430 ml
- Lípidos 20 %: 250 mL
- Electrolitos y micronutrientes según guías ESPEN 2021

Total, de NPT: 1.421 kcal/día, 60g proteínas, 215 g carbohidratos, 50 g lípidos.

Controlar glucemia capilar cada 6h.

Progresión dietética:

1. Tolerancia oral - líquidos Claros (24h)
 2. Dieta semilíquida, a tolerancia
 3. Blanda mecánica con control de carbohidratos.
- Reducir NP progresivamente hasta que la ingesta cubra $\geq 60\%$ de los requerimientos.

PLANIFICACION DIETETICA

NUTRIENTE	PORCENTAJE	KCAL	GRAMOS
CHO	55%	859,3	214,8
PROTEINAS	15,74%	246	61,5
GRASA	29,26%	457,1	50,8
TOTAL	100%	1562,4	

CUADRO DIETOSINTETICO

TIEMPO DE COMIDA	%	KCAL	PROT (g)	CHO (g)	GR (g)
DESAYUNO	20	312,4	12,2	42,95	10,14
COLACION	15	234,35	9.2	32,22	7,61

ALMUERZO	30	468,7	18,4	64,44	15,23
COLACION	15	234,35	9,2	32,22	7,61
CENA	20	312,4	12,2	42,95	10,14
TOTAL			61,5	214,8	50,8

CUADRO DETALLADO DE ALIMENTOS

(Dieta blanca mecánica - Control de CHO)

Tiempo de comida	Alimento	Medida casera	Gramos	CHO (g)	PROT (g)	GRASAS (g)	Kcal	Porciones de CHO
Desayuno	Pan Blanco	1 rebanada (30 g)	30	15	3	1	78	1
	Queso ricotta bajo en grasa	2 cdas (30 g)	30	1	5	0	40	0
	Huevo duro	1 unidad (50 g)	50	0	6	5	75	0
	Puré de pera sin piel	1 unidad	135	15	0	0	62	1
	Aguacate maduro triturado	½ cdta (10 g)	10	1	1	1,5	17	0
Colación mañana	Yogur natural sin azúcar	½ taza (125 g)	125	10	7	0	69	0,7
	Puré de papaya madura	1 taza	150	15	1	0	64	1
	Galleta María	4 unidades	23	18	1	1,5	100	1,2
Almuerzo	Crema de calabaza y zanahoria	1 taza (250 mL)	250	15	3	1	94	1
	Pescado blanco al vapor	(2 porciones)	80	0	16	2	90	0
	Puré de patata suave	1 tz	194	30	4	1	140	2
	Puré de espinaca	¼ taza (50 g)	50	3	2	0,3	20	0
	Aceite de oliva	3 cdas (15)	15	0	0	15	135	0
Colación tarde	Compota de manzana sin azúcar	1 taza	150	15	0	0	62	1
	Gelatina sin azúcar	1 porción (120 g)	120	0	2	0	10	0
	Puré de durazno	1 taza	135	15	0	0	62	1
Cena	Crema de calabacín	1 taza (250 mL)	250	9	2	1,5	0,5	0,6
	desmenuzada	1 porción (30g)	30	0	10	1	46	0
	Puré de camote suave	¾ taza	180	45	3	0	192	3
	Aceite de oliva	4 cdas (20 g)	20	0	0	20	180	0
	Puré de zanahoria	¼ taza (50 g)	50	7,5	0	0	30	0,5
TOTAL				214,5	66	50,8	1566,5	14,3
VE				214,8	61,5	50,8	1562,4	
% ADECUACION				100%	107%	100%	100%	

MARCO TEÓRICO

La nutrición clínica desempeña un papel protagónico en el abordaje integral de los pacientes quirúrgicos, especialmente en quienes tienen antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus tipo II. En el contexto hospitalario, la presencia de malnutrición o el riesgo de padecerla se relaciona con mayor incidencia de complicaciones postoperatorias, extensión de la estancia hospitalaria y aumento de la

mortalidad. De acuerdo con las guías de la *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN), la evaluación del estado nutricional y la temprana implementación de soporte nutricional son medidas fundamentales para optimizar resultados clínicos en pacientes sometidos a cirugía abdominal mayor (2).

La cirugía de restablecimiento del tránsito intestinal, como en el caso mencionado, requiere un período de ayuno prolongado, lo que aumenta el riesgo de autofagia y pérdida de masa muscular magra. La malnutrición en sí misma es un predictor independiente de complicaciones postoperatorias, como infecciones, retraso en la cicatrización y fallo multiorgánico. En este escenario, la nutrición parenteral total es una opción segura y efectiva cuando no se puede realizar nutrición enteral, garantizando un aporte adecuado de energía, proteínas, carbohidratos, lípidos, electrolitos y micronutrientes (3).

En pacientes con diabetes mellitus tipo II, como la paciente de este caso, el control metabólico es especialmente importante. La hiperglucemia hospitalaria se relaciona con un mayor riesgo de infecciones nosocomiales, retraso en la cicatrización y una estancia hospitalaria más prolongada. La *American Diabetes Association* (ADA) recomienda mantener los niveles de glucemia entre 140 y 180 mg/dL en pacientes críticos y no críticos, ajustando la terapia con insulina de acuerdo con el aporte calórico y la tolerancia individual (4). En este escenario, calcular con precisión los carbohidratos y su relación con la dosis de insulina es fundamental para lograr la estabilidad metabólica durante el soporte nutricional.

La estimación de los requerimientos energéticos constituye la base del plan nutricional personalizado. Para calcular el gasto energético basal en adultos hospitalizados, la fórmula de Mifflin-St Jeor es una de las más empleadas debido a su precisión, mostrando menos variabilidad en comparación con otras ecuaciones predictivas y acercándose a los resultados de la calorimetría indirecta (5). No obstante, en situaciones clínicas en las que no se dispone de calorimetría indirecta, tanto ESPEN como ASPEN recomiendan emplear métodos prácticos de estimación calórica, como la “regla del pulgar”, que sugiere un rango de 20-25 kcal/kg/día en pacientes hospitalizados, pudiendo

incrementarse hasta 30-35kcal/kg/día en casos de mayor estrés metabólico. (2,6-7) convirtiéndola en una herramienta útil en entornos hospitalarios (6). A partir de estas estimaciones iniciales, se ajustan factores de actividad y estrés metabólico para determinar el gasto energético total. En la paciente mencionada, el objetivo calórico fue de 1562,4 kcal/día, con una ingesta proteica de 1,3 g por kilogramo de peso, siguiendo las recomendaciones de ESPEN y ASPEN, que sugieren entre 1,2 y 1,5 g/kg para pacientes quirúrgicos en riesgo de desnutrición (7).

La evaluación nutricional no debería limitarse solo al cálculo de requerimientos; también debe incluir herramientas validadas como la Valoración Global Subjetiva (VGS), que combina aspectos clínicos, antropométricos, funcionales y bioquímicos para determinar el estado nutricional. Este método ha demostrado ser un predictor confiable de morbilidad postoperatoria, ayudando a identificar pacientes que se beneficiarán de un soporte nutricional intensivo (8). En el caso de la paciente, la VGS indicó desnutrición moderada o riesgo de desnutrición (VGS=B), lo que justificó la pronta instauración de nutrición parenteral en el postoperatorio inmediato.

Finalmente, en el postoperatorio, la progresión de la dieta oral debe ser gradual, comenzando con líquidos claros y avanzando hasta una dieta completa, adaptada a la patología o comorbilidades del paciente. La literatura destaca la importancia de una transición temprana a la vía enteral tan pronto como el tracto gastrointestinal sea funcional, ya que esto ayuda a mantener la integridad de la mucosa intestinal y disminuye el riesgo de infecciones (2).

En síntesis, el marco teórico que sustenta este caso clínico evidencia que la intervención nutricional postoperatoria debe ser integral y personalizada, considerando la condición de base del paciente, las demandas metabólicas del estado quirúrgico y los riesgos asociados a la Diabetes mellitus tipo II. El rol del nutricionista clínico resulta crucial en el diseño, implementación y monitorización del plan nutricional, garantizando un soporte seguro, eficaz y basado en la mejor evidencia científica disponible.

CONCLUSION

La recuperación del tránsito intestinal es un procedimiento quirúrgico complejo que requiere una planificación nutricional cuidadosa antes y después de la operación. El ayuno prolongado y la condición del paciente, en este caso la diabetes mellitus tipo II, aumentan el riesgo de desnutrición, hiperglucemia e infecciones posoperatorias, factores que pueden afectar la recuperación y extender la estancia hospitalaria. La utilización de nutrición parenteral en el periodo postoperatorio ayudó a asegurar un aporte adecuado de energía y proteínas, manteniendo la estabilidad metabólica durante la fase más crítica del tratamiento. Después, una progresión paulatina hacia una dieta blanda mecánica hasta alcanzar una dieta completa facilitó la reanudación de la función intestinal, promovió la cicatrización y redujo el riesgo de complicaciones gastrointestinales e infecciosas.

La evidencia disponible respalda el uso de herramientas diagnósticas como la Valoración Global Subjetiva (8) y ecuaciones validadas como Mifflin-St Jeor (5), así como la aplicación de la regla del pulgar (2,6-7)). También respalda el ajuste del aporte de carbohidratos en la terapia insulínica en pacientes diabéticos hospitalizados (4). Todo esto confirma que el soporte nutricional es un pilar clave en el éxito de la restitución del tránsito intestinal, ya que no solo ayuda a conservar la masa magra y mejorar el estado clínico, sino que también reduce complicaciones y mejora la calidad de vida. En este escenario, el nutricionista clínico juega un rol estratégico en el equipo interdisciplinario, garantizando una atención integral, segura y basada en la mejor evidencia científica disponible.

REFERENCIAS

1. Pérez-Flores E, et al. Malnutrition and clinical outcomes in surgical patients: A review. *Nutr Hosp*. 2016;33(5):1243–50.
2. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr*. 2017;36(3):623–50.
3. Singer P, Blaser AR, Berger MM, Alhazzani W, Calder PC, Casaer MP, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clin Nutr*. 2019;38(1):48–79.
4. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*. 2025;48(Suppl 1):S1–S180.
5. Mifflin MD, St Jeor ST, Hill LA, Scott BJ, Daugherty SA, Koh YO. A new predictive equation for resting energy expenditure in healthy individuals. *Am J Clin Nutr*. 1990;51(2):241–7.
6. Lee ZY, Barakatun-Nisak MY, Day AG, Heyland DK. Estimation of energy requirements in critically ill patients: ESPEN vs ASPEN. *Clin Nutr*. 2023;42(4):556–64.
7. McClave SA, Taylor BE, Martindale RG, Warren MM, Johnson DR, Braunschweig C, et al. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2016;40(2):159–211.
8. Jeejeebhoy KN. Subjective global assessment: a comprehensive assessment of nutritional status. *Indian J Med Res*. 2012;136(5):773–7.
9. Nunes G, et al. Nutritional therapy in surgical patients: impact on complications and hospital stay. *Rev Col Bras Cir*. 2014;41(6):400–6.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Cabrera Pombo, Carlos Andrés**, con C.C: # 0930940716 autor/a del **componente práctico del examen complejo Caso clínico: Abordaje nutricional en paciente con restitución intestinal** previo a la obtención del título de **Licenciado en Nutrición Dietética y Estética** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 1 de **septiembre** del **2025**

f.  _____

Nombre: **Cabrera Pombo, Carlos Andrés**

C.C: **0930940176**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Caso clínico: Abordaje nutricional en paciente con restitución intestinal		
AUTOR(ES)	Carlos Andrés Cabrera Pombo		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Ana Lucia Loaiza Cucalón		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Nutrición Dietética y Estética		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciado en Nutrición, Dietética y Estética		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	1 de septiembre del 2025	No. DE PÁGINAS:	11
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ciencias de la Salud, Nutrición		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Nutrición clínica, restitución del tránsito intestinal, nutrición parenteral, diabetes mellitus tipo II, desnutrición hospitalaria.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>La nutrición clínica es un componente esencial en el manejo de pacientes quirúrgicos, especialmente con enfermedades crónicas, debido a que la desnutrición hospitalaria se asocia con un mayor riesgo de complicaciones, retraso en la recuperación y aumento de la mortalidad. Se presenta el caso de una paciente femenina de 62 años con antecedente de diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial, ingresada para la restitución del tránsito intestinal posterior a colostomía. Durante el proceso perioperatorio, la paciente requirió un plan nutricional individualizado basado en la fórmula de Mifflin-St Jeor, complementado con la “regla del pulgar” como método de estimación calórica, alcanzando un requerimiento energético de 1562,4 kcal/día y un aporte proteico de 1,3 g/kg de peso. La evaluación mediante la Valoración Global Subjetiva (VGS) determinó un estado de desnutrición moderada (VGS=B), lo que justificó la implementación de nutrición parenteral en el postoperatorio inmediato para garantizar un aporte seguro de energía y nutrientes. Posteriormente, se realizó una transición progresiva a dieta blanda mecánica hasta alcanzar una dieta completa, adecuada a la condición metabólica de la paciente. Este caso destaca la relevancia de implementar un abordaje nutricional integral en pacientes sometidos a restitución del tránsito intestinal. La detección temprana del riesgo nutricional y la provisión de soporte nutricional individualizado contribuyen a disminuir complicaciones, preservar la masa muscular y mejorar la recuperación postoperatoria. La participación del nutricionista clínico es fundamental para diseñar, ejecutar y monitorear el plan terapéutico, garantizando una atención segura y respaldada por la evidencia científica más reciente.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593997055524	E-mail: Personal: cabrerapombo@gmail.com Institucional: Carlos.cabrera04@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Poveda Loor, Carlos Luis Teléfono: +593993592177 E-mail: Carlos.poveda@cu.ucsq.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			