



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN NUTRICIÓN
CLÍNICA**

TEMA:

**Propuesta de abordaje nutricional y dietoterapéutico basado en evidencia para el
manejo integral de un paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico, gastritis
crónica y hernia hiatal**

AUTORA:

Aguirre Suárez, Xiomara Pauleth

Previo a la obtención del grado Académico de:

**MAGÍSTER EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN NUTRICIÓN
CLÍNICA**

TUTORA:

Dra. Correa Asanza, Katherine, PhD.

Guayaquil, Ecuador

2026



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN NUTRICIÓN
CLÍNICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Licenciada en Nutrición y Dietética, Aguirre Suárez, Xiomara Pauleth**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Nutrición y Dietética con mención en Nutrición Clínica**.

DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Dra. Katherine Correa Asanza, PhD.

REVISOR

Ing. Carlos Poveda Loor, Mgs.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Dra. Alexandra Josefina Bazaña Guerra, Mgs.

Guayaquil, a los 22 días del mes de septiembre del año 2026.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN NUTRICIÓN
CLÍNICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Xiomara Pauleth Aguirre Suárez

DECLARO QUE:

El Proyecto de Investigación **Propuesta de abordaje nutricional y dietoterapéutico basado en evidencia para el manejo integral de un paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico, gastritis crónica y hernia hiatal** previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Nutrición y Dietética con mención en Nutrición Clínica**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del examen complejo del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 22 días del mes de septiembre del año 2026.

LA AUTORA



Validar digitalmente en 
Firmado digitalmente por:
Xiomara Pauleth
Aguirre Suarez

Aguirre Suárez, Xiomara Pauleth



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN NUTRICIÓN
CLÍNICA**

AUTORIZACIÓN

Yo, Xiomara Pauleth Aguirre Suárez

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Examen Complexivo Magíster en Nutrición y Dietética con mención en Nutrición Clínica** titulada: **Propuesta de abordaje nutricional y dietoterapéutico basado en evidencia para el manejo integral de un paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico, gastritis crónica y hernia hiatal**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 22 días del mes de septiembre del año 2026.

LA AUTORA



Validez únicamente en **UPRA**
Firmado digitalmente por:
**XIOMARA PAULETH
AGUIRRE SUAREZ**

Aguirre Suárez, Xiomara Pauleth



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN NUTRICIÓN
CLÍNICA**

INFORME DE COMPILATIO



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

AGUIRRE Formato de Presentación Examen Complexivo MND AGOSTO 2026-signed-signed-signed

ID : d81830abf8a5ce89cea657a2c9691a0a3bb7b2a2



4%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : AGUIRRE Formato de Presentación Examen
Complexivo MND AGOSTO 2026-signed-signed-signed.txt
Tamaño del archivo original : 892,78 kB
Número de palabras : 11.412

Depositante : Martha Dennis Tirape Cazorla
Fecha de depósito : 11 de septiembre de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 11 de septiembre de 2026

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :



Similitudes

4%

Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.



Agradecimiento

Quiero iniciar expresando mi agradeciendo a Dios por permitirme llegar hasta este momento y por brindarme la fortaleza y sabiduría para alcanzar esta meta.

A mis padres, por ser un pilar fundamental a lo largo de este camino, por su amor, apoyo incondicional y por guiarme siempre a ser una mejor persona.

A mi hermana, por estar siempre a mi lado, por cada consejo, por su constante apoyo y por creer en mí en cada etapa de este proceso.

Finalmente, agradezco a mi tutora por su orientación, dedicación y valiosos consejos y recomendaciones, los cuales fueron fundamentales para el desarrollo de este trabajo.

Pauleth Aguirre Suárez

Dedicatoria

Dedico este trabajo, en primer lugar, a Dios, por guiar cada paso en mi vida y permitirme alcanzar esta importante meta.

A mis padres Marco y Marta, por su amor incondicional, su apoyo constante y por creer siempre en mí.

A Yareli, por sus valiosos consejos, su compañía y por estar siempre a mi lado en los momentos más importantes.

A Andrey, por su amor, paciencia y apoyo incondicional, y por estar siempre a mi lado.

Y a Bailey, por ser mi fiel compañero en cada una de mis aventuras y por brindarme alegría y compañía durante este camino.

Pauleth Agurre Suárez

Índice General

Introducción	1
Problemática.....	3
Objetivos	4
Objetivo general	4
Objetivos específicos.....	4
Contexto	4
Presentación del Caso clínico.....	9
Endoscopia y biopsia.....	31
Diagnóstico Nutricional mediante formato PES	33
Diagnóstico clínico y nutricional.....	34
Metodología	35
Propuesta	35
Análisis por patología y recomendación nutricional.....	35
Abordaje nutrioterapéutico.....	37
Abordaje dietoterapéutica	39
Objetivos y estrategias del plan nutricional.....	39
Plan por equivalentes	40
Alimentos sugeridos para incluir en el plan de alimentación.	41
Recomendación de suplementos.....	50

Recomendaciones complementarias.	50
Reintroducción de alimentos	53
Conclusiones	55
Recomendaciones.....	56

Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Interacción Fármaco Nutriente</i>	10
Tabla 2. <i>Registro Alimentario</i>	11
Tabla 3. <i>Composición Corporal</i>	21
Tabla 4. <i>Exámenes Bioquímicos</i>	23
Tabla 5. <i>Exámenes Complementarios</i>	32
Tabla 7 <i>Objetivos y Estrategias Nutricionales</i>	39
Tabla 8 <i>Sistema de Equivalentes</i>	40
Tabla 9 <i>Menú Semanal</i>	43

Resumen

La nutrición desempeña un papel relevante en el abordaje de las enfermedades gastrointestinales, especialmente cuando la presencia de síntomas conduce a reducir o eliminar diferentes alimentos de la dieta. Cuando estas restricciones se mantienen sin una adecuada valoración, pueden afectar la ingesta y contribuir al deterioro del estado nutricional. Por esta razón, las recomendaciones alimentarias deben adaptarse a las necesidades nutricionales, condición clínica y tolerancia individual. El caso clínico corresponde a una persona de 26 años con antecedentes de reflujo gastroesofágico, gastritis crónica moderada antral asociada a *Helicobacter pylori* y hernia hiatal, que presentaba diferentes manifestaciones gastrointestinales. A partir de la evaluación nutricional se identificaron alteraciones caracterizadas por bajo peso, baja masa muscular, bajo porcentaje de grasa corporal y escasos registros de ingesta energética, hallazgos que evidenciaron la necesidad de plantear estrategias dirigidas a mejorar su estado nutricional. Con base en la información obtenida durante la valoración, se estimaron los requerimientos individuales de energía, macronutrientes y líquidos, considerando el estado nutricional, la condición clínica, la sintomatología gastrointestinal y el objetivo de aumento de peso. A partir de estos resultados se elaboró una propuesta nutricional que contempló el fraccionamiento de la alimentación, el establecimiento de horarios regulares de comida, la identificación de posibles alimentos desencadenantes y la adaptación de la alimentación de acuerdo con la tolerancia individual, con el propósito de evitar restricciones innecesarias. En conclusión, la evaluación realizada permitió reconocer la presencia de alteraciones importantes en el estado nutricional y orientar la estimación de las necesidades nutricionales del caso. A partir de estos hallazgos, se estableció una propuesta sustentada en la evidencia científica disponible, en la que se consideraron tanto los requerimientos de energía y nutrientes como modificaciones en los hábitos alimentarios. Este tipo de abordaje puede complementar el tratamiento médico de las enfermedades gastrointestinales, favorecer una alimentación nutricionalmente adecuada y contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida.

Palabras clave: nutrición clínica, estado nutricional, gastritis crónica, enfermedad por reflujo gastroesofágico, *Helicobacter pylori*, terapia nutricional.

Abstract

Nutrition plays a significant role in the management of gastrointestinal diseases, especially when the presence of symptoms leads to the reduction or elimination of certain foods from the diet. When these restrictions are maintained without proper evaluation, they can affect nutrient intake and contribute to a decline in nutritional status. For this reason, dietary recommendations must be tailored to nutritional needs, clinical condition, and individual tolerance. The clinical case involves a 26-year-old individual with a history of gastroesophageal reflux, moderate chronic antral gastritis associated with *Helicobacter pylori*, and a hiatal hernia, who presented with various gastrointestinal symptoms. Based on the nutritional assessment, abnormalities were identified, characterized by low body weight, low muscle mass, low body fat percentage, and low energy intake, findings that highlighted the need to develop strategies aimed at improving the patient's nutritional status. Based on the information obtained during the assessment, individual energy, macronutrient, and fluid requirements were estimated, taking into account nutritional status, clinical condition, gastrointestinal symptoms, and the goal of weight gain. Based on these results, a nutritional plan was developed that included dividing meals into smaller portions, establishing regular mealtimes, identifying potential food triggers, and adapting the diet according to individual tolerance, with the aim of avoiding unnecessary restrictions. In conclusion, the assessment conducted identified significant alterations in nutritional status and guided the estimation of the patient's nutritional needs. Based on these findings, a plan was established grounded in available scientific evidence, which considered both energy and nutrient requirements as well as modifications to eating habits. This type of approach can complement the medical treatment of gastrointestinal diseases, promote a nutritionally adequate diet, and contribute to improving treatment adherence and quality of life.

Keywords: clinical nutrition, nutritional status, chronic gastritis, gastroesophageal reflux disease, *Helicobacter pylori*, nutritional therapy.

Introducción

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y la gastritis representan dos de los trastornos gastrointestinales más comunes. Ambas patologías cursan con manifestaciones clínicas como pirosis, dolor epigástrico, malestar digestivo y alteraciones en la ingesta de alimentos. Por lo cual, el abordaje nutricional adecuado cumple un papel fundamental en el tratamiento y recuperación. (1, 2)

El ERGE es una forma más complicada del reflujo gastroesofágico causado por el contacto persistente del contenido estomacal con las paredes del esófago, el cual es un tubo muscular cuya única función es el transporte de los alimentos hacia el estómago. Sin embargo, cuando los mecanismos de protección del esófago fallan se da este retorno del contenido gástrico hacia este órgano. Entre otros de los factores implicados en esta patología se encuentran la hernia hiatal, aumento de la presión intraabdominal, algunos hábitos alimentarios y determinados estilos de vida. (1, 2)

Por otro lado, la gastritis es una inflamación de la mucosa gástrica, y puede ser aguda cuando aparece de manera repentina o crónica cuando persiste por periodos más largos, provocando aclorhidria y disminución de la secreción del factor intrínseco favoreciendo la presencia de anemia perniciosa debido al compromiso en la absorción de vitamina B12. Dentro de las causas de la gastritis, se puede mencionar a la infección por *Helicobacter pylori*, siendo una de las principales a nivel mundial. Esta afección suele ir de la mano con manifestaciones como dolor abdominal, plenitud postprandial, náuseas, vómitos, anorexia e incluso hemorragia. (1)

Desde el punto de vista fisiopatológico, la gastritis crónica relacionada a infección por *Helicobacter pylori* es provocada como consecuencia de la inflamación persistente de la mucosa del estómago por la permanencia de la bacteria. A su vez, el ERGE es ocasionado por la exposición repetida del contenido gástrico en el esófago, lo cual provoca diversos

síntomas y cambios funcionales. La coexistencia de ambas patologías influye en los patrones alimentarios, estado nutricional y tolerancia a determinados alimentos. (1)

En este contexto, la evaluación nutricional desempeña un papel clave en la identificación de factores dietéticos que exacerben la sintomatología presente, posibles alteraciones en el estado nutricional o presencia de deficiencias nutricionales, permitiendo así establecer estrategias de intervención adecuadas que favorezcan una ingesta apropiada y contribuyan de una u otra forma con el mantenimiento de un estado de salud óptimo.

Es importante resaltar que el ERGE constituye una de las patologías digestivas más frecuentes a nivel mundial, siendo las prevalencias más altas en América Central y Europa, mientras que en el sudeste de Asia la presencia de síntomas es mucho menor. En cuanto a la edad, es más frecuente en personas superiores a los 50 años y respecto al sexo, se presenta principalmente en mujeres. En Ecuador, aunque los estudios epidemiológicos nacionales son limitados, las investigaciones disponibles evidencian una elevada frecuencia de esta enfermedad en la población adulta. Asimismo, a nivel de Latinoamérica se estiman prevalencias que oscilan entre el 10% y el 30% de la población, pudiendo alcanzar valores superiores según la población estudiada y los criterios diagnósticos utilizados. (3, 4, 5)

La gastritis representa una de las patologías gastrointestinales con más alta frecuencia a nivel mundial, alcanzando el 50,8% principalmente en países en desarrollo. Se presenta mayormente en mujeres y especialmente en la edad media, edad correlacionada con la presencia de infección por *Helicobacter Pylori*. En Ecuador, a pesar de que no hay estudios poblacionales que permitan establecer la prevalencia de esta patología, varios estudios realizados en el país muestran una elevada carga de la enfermedad. Algunos reportan prevalencias de gastritis crónica que alcanzan hasta un 68% en hombres y hasta un 69% mujeres en las poblaciones evaluadas. Esta alta frecuencia se relaciona, en gran medida, a la infección por *Helicobacter pylori*, patógeno considerado como uno de los

factores etiológicos más importantes de la gastritis crónica en la población ecuatoriana. (6, 7, 8)

Problemática

Las patologías del sistema gastrointestinal son una de las principales causas de visita al médico y afectan de manera importante la alimentación y la calidad de vida de quienes las padecen. Entre ellas, la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y la gastritis asociada a *Helicobacter pylori* son patologías que suelen manifestarse con síntomas como pirosis, regurgitación, dolor epigástrico, eructos, distensión abdominal y saciedad temprana. Los síntomas descritos pueden interferir en el ritmo habitual de la alimentación y favorecer alteraciones en los patrones de alimentación.

Cuando los síntomas persisten, se suspende la ingestión de alimentos e incluso grupos de alimentos completos por iniciativa propia como forma de evitar molestias. Sin embargo, estas restricciones no guiadas por un profesional pueden dar como resultado ingesta insuficiente de energía y de nutrientes, pérdida de peso, disminución de la masa muscular y deterioro del estado nutricional, particularmente en el caso de síntomas prolongados en el tiempo.

El tratamiento nutricional de la ERGE es complicado, ya que no hay un tipo de alimentación que funcione para todos los casos; la respuesta de los alimentos es diferente según la persona, por lo que las recomendaciones se basan en la tolerancia, la historia nutricional, el estado clínico y la evidencia científica; en este sentido el objetivo de la terapia nutricional no es sólo el de aliviar la sintomatología, sino el de proporcionar una ingesta suficiente en energía y nutrientes, el de prevenir deficiencias nutricionales y el de favorecer la adherencia a la medicación.

En la revisión del presente caso clínico se analiza la intervención nutricional para la enfermedad por reflujo gastroesofágico, gastritis crónica moderada antral asociada a *Helicobacter pylori*, hernia hiatal y bajo peso, cuya sintomatología condicionó múltiples

restricciones alimentarias y un compromiso del estado nutricional. La descripción de este caso permite evidenciar la importancia de una intervención nutricional individualizada, orientada al control de los síntomas, la recuperación del estado nutricional y la reintroducción progresiva de alimentos de acuerdo con la tolerancia.

Objetivos

Objetivo general

Elaborar un plan nutricional basado en la evidencia científica para contribuir al manejo integral de un caso con enfermedad por reflujo gastroesofágico, gastritis crónica asociada a *Helicobacter pylori* y hernia hiatal.

Objetivos específicos

1. Determinar el estado nutricional.
2. Identificar los requerimientos nutricionales.-
3. Elaborar propuesta de intervención nutricional.
4. Establecer recomendaciones nutricionales.

Contexto

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) hace referencia a un proceso más serio y persistente de reflujo gastroesofágico (RGE), en el que se presentan varios síntomas como regurgitación, dolor torácico y pirosis, por causa del contacto del contenido gástrico con las paredes esofágicas, que pueden llegar algunas veces incluso a la laringe o los pulmones. Ciertos pacientes suelen presentar ERGE nocturno el cual está relacionado con esofagitis grave y esófago de Barret, este tipo de ERGE causa mayores impactos negativos en la calidad de vida, debido a que afecta su sueño y descanso. (1, 9)

Se ha asociado en numerosas ocasiones el ERGE con la obesidad, puesto que existe relación entre un índice de masa corporal y el aumento de peso con la existencia de los

síntomas de esta patología. También se puede presentar en cualquier trimestre del embarazo causando molestias gástricas como la pirosis. (1, 10)

Hay distintos mecanismos que favorecen el paso del contenido gástrico hacia el esófago por ende es multifactorial. Entre ellos se encuentran la disminución de la producción de saliva, la reducción de la presión del EEI, el retraso del vaciamiento gástrico, el aumento de la presión intraabdominal y las alteraciones en la eliminación del ácido del esófago. Estos factores contribuyen al desarrollo y persistencia de los síntomas característicos de esta enfermedad. (1, 2)

La gravedad del daño esofágico depende de factores como la frecuencia y duración de los episodios de reflujo, cantidad y composición del material refluído, capacidad de protección de la mucosa esofágica y velocidad de vaciamiento gástrico, todo esto determina el tipo de intervención nutricional. (1)

La alimentación constituye la primera estrategia terapéutica para el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico; existen ciertos alimentos como los cítricos, zumos ácidos o el tomate, que debido a características particulares pueden producir dolor y ardor, especialmente si existe inflamación previa en la mucosa esofágica, debido a ello, su consumo debe ajustarse según la tolerancia del individuo. (1)

El café puede incrementar los síntomas del ERGE, debido a que estimula la secreción de ácido gástrico, así mismo la grasa, el chocolate, carminativos como la menta o las bebidas alcohólicas fermentadas, como la cerveza y el vino, que actúan relajando el EEI y por lo tanto intensifican los síntomas de esta patología; estos últimos junto con el café estimulan la secreción de ácido gástrico y pueden agravar los síntomas. Las bebidas carbonatadas incrementan la distensión del estómago y favorecen las relajaciones transitorias del EEI. (1, 11)

Se debe realizar comidas frecuentes y de porciones controladas y de preferencia separando la ingestión de líquidos de las comidas, debido a que las ingestas abundantes

aumentan la distensión gástrica y favorecen el retorno del contenido estomacal hacia el esófago, mientras que las comidas pequeñas y frecuentes suelen ser mejor toleradas. (12)

La capsaicina, presente en el ají o chile, puede aumentar temporalmente la sensación de ardor en personas con reflujo, por esta razón, la tolerancia a los alimentos picantes debe evaluarse de manera individual. (1)

La alimentación con menor contenido de carbohidratos podría contribuir a reducir la frecuencia y duración de los episodios de reflujo ácido, aún se requieren más estudios para confirmar estos beneficios y establecer recomendaciones definitivas. (1, 10)

Cabe destacar, las recomendaciones no farmacológicas como evitar acostarse inmediatamente después de comer, lo ideal sería esperar 2 a 3 horas y de preferencia elevar la cabecera de la cama entre 10 y 15 centímetros en pacientes con síntomas nocturnos, reducir las actividades que impliquen agacharse con frecuencia y utilizar ropa holgada que no ejerza presión sobre el abdomen. (1, 12, 13)

Se debe evitar el estreñimiento para mantener baja la presión intraabdominal e intragástrica con el objetivo de reducir el reflujo. Referente al aporte proteico no se ha establecido acuerdos acerca del consumo de este macronutriente, sin embargo, es importante considerar que se ha observado que las dietas altas en proteínas pueden aumentar el tono del EEI. En el caso de las grasas, se debe preferir aquellas que son insaturadas. (10, 12)

En una revisión publicada por Taraszewska (2021), se analizaron los principales factores relacionados con el estilo de vida y la alimentación que pueden favorecer la aparición o el empeoramiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Los resultados mostraron que el exceso de peso corporal, especialmente la obesidad, constituye uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de ERGE. Asimismo, el tabaquismo y el consumo moderado o elevado de alcohol se asociaron con una mayor frecuencia de síntomas de reflujo. En cuanto a la actividad física, los ejercicios intensos realizados

después de las comidas, así como actividades que implican levantar peso, pueden aumentar los síntomas, mientras que la actividad física regular de intensidad moderada ejerce un efecto protector. (14)

La revisión también destacó la importancia de los hábitos alimentarios. Comer de forma irregular, consumir comidas muy abundantes, cenar antes de acostarse, omitir comidas y realizar colaciones nocturnas se asociaron con una mayor probabilidad de presentar síntomas de reflujo. (14)

El estudio Herdiana (2023) destaca que, además del tratamiento farmacológico, las intervenciones dietéticas como modificar los hábitos alimentarios mediante el fraccionamiento de las comidas, la reducción del consumo de alimentos desencadenantes del reflujo y evitar comidas abundantes antes de dormir, pueden contribuir al control de los síntomas mediante mecanismos relacionados con la disminución de la inflamación, la mejora de la motilidad gastrointestinal y la regulación de la microbiota intestinal. (15)

Dentro de los componentes de la dieta las fibras dietéticas, especialmente la fibra soluble como el psyllium en personas con una ingesta baja de fibra puede incrementar la presión del esfínter esofágico inferior e inducir una disminución de la frecuencia de los episodios de reflujo. La revisión hace hincapié en que la limitación de la ingesta de azúcares simples y carbohidratos refinados puede reducir la exposición del esófago al ácido gástrico y favorecer la sintomatología. (1, 16)

Los probióticos también mostraron resultados prometedores debido a su capacidad para favorecer el equilibrio del microbiota intestinal, mejorar la motilidad gastrointestinal y vaciamiento gástrico y reducir algunos síntomas gastrointestinales asociados al reflujo. (17)

La información actual indica que las cepas de *Lactobacillus* y *Bifidobacterium*, podrían ayudar a disminuir síntomas como regurgitación, pirosis y dispepsia en pacientes con

ERGE. No obstante, debido a la heterogeneidad de las cepas y protocolos utilizados, aún no es posible recomendar una cepa específica como tratamiento estándar. (17)

Por otra parte, patrones alimentarios basados en alimentos de origen vegetal, como la dieta mediterránea, podrían contribuir al control de la ERGE gracias a su elevado contenido de fibra, antioxidantes y compuestos antiinflamatorios. (18)

La evidencia respalda la adopción de hábitos de vida saludables como parte fundamental del tratamiento del ERGE. Entre las principales recomendaciones se encuentran mantener un peso corporal adecuado, evitar el tabaco, moderar el consumo de alcohol, realizar actividad física regular, evitar comidas abundantes y reconocer individualmente los alimentos que desencadenan síntomas. (1, 14)

La gastritis corresponde a un proceso inflamatorio de la mucosa estomacal que puede ser agudo o crónico. La forma aguda se caracteriza por una aparición rápida de la inflamación, mientras que la crónica se desarrolla de manera progresiva y puede persistir durante meses o incluso años. Se puede manifestar con síntomas como dolor o malestar epigástrico, náuseas, vómitos, sensación de plenitud, disminución del apetito y, en algunos casos, sangrado gastrointestinal. Cuando la inflamación persiste a largo plazo, pueden producirse cambios en la mucosa gástrica y en el funcionamiento de las células parietales, que son las responsables de la producción de ácido clorhídrico y factor intrínseco; la reducción de estas secreciones puede interferir con la absorción de determinados nutrientes, en especial la vitamina B12, por lo que el riesgo de la aparición de anemia perniciosa es mayor en las fases avanzadas de la enfermedad. (1)

Algunos probióticos están indicados como complemento para el tratamiento de infecciones por *H. pylori*, lo que limita la inflamación, protege la mucosa gástrica o ayuda a mantener la salud intestinal, lo que aporta un beneficio adicional al tratamiento con antibiótico. (1, 19)

El estudio de Gudej et al. en 2021, destacó que la suplementación con betaglucano de avena durante 30 días en pacientes con gastritis crónica produjo efectos favorables sobre la mucosa gástrica, mejoró los mecanismos de defensa antioxidante y promovió cambios beneficiosos en biomarcadores relacionados con el microbiota intestinal. Los autores concluyeron que esta intervención es segura y representa una alternativa prometedora como complemento del tratamiento nutricional de la enfermedad. (20)

Según Balderrama-Gómez et al. (2025), el ácido caprílico, un ácido graso de cadena media presente en el aceite de coco y la leche de cabra podría representar una estrategia complementaria para la prevención y el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*, debido a sus propiedades antimicrobianas, antioxidantes y antiinflamatorias, este compuesto puede favorecer la protección de la mucosa gástrica. (21)

Li y Xie (2025), señalaron en el metaanálisis con más de 5000 personas, que la administración de *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 como coadyuvante del tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori* se asocia con una mayor probabilidad de éxito terapéutico. Igualmente, al añadir este probiótico se observó la disminución de la frecuencia de manifestaciones gastrointestinales producidas por la administración de antibióticos, por ejemplo, diarrea, náuseas, distensiones o estreñimiento, lo que podría favorecer una mejor adherencia al tratamiento y por ende una mejor respuesta clínica. (22)

Presentación del Caso clínico

Nombres: XX

Edad: 26 años

Sexo: femenino

Fecha de nacimiento: 5 de septiembre de 1999

Residencia: Zaruma, El Oro

Estado civil: soltera

Ocupación: comerciante

Motivo de consulta: por presentar síntomas gastrointestinales recurrentes y para aumentar de peso.

Antecedentes personales: gastritis crónica desde hace 7 años.

Antecedentes familiares: DM2 en tíos.

Antecedentes farmacológicos y sus interacciones:

Tabla 1.

Interacción Fármaco Nutriente

Fármaco	Uso	Interacción fármaco nutriente
Vonoprazan 20 mg	Bloqueador ácido	No presenta interacciones clínicamente significativas con los alimentos, por lo que puedes tomarlo con o sin ellos. Al reducir el ácido gástrico puede reducir la absorción de vitamina B12 (en tratamientos prolongados) y las sales de hierro. Su uso prolongado se ha asociado con hipomagnesemia. Como consecuencia, esto puede derivar en niveles bajos de calcio o potasio.

Simeticona	Antiflatulento – dimetilpolisiloxanos	No se absorbe a través del tracto gastrointestinal. Se elimina en las heces. La administración conjunta, inhibe la absorción del hierro.
Pancreatina	Reemplazo enzimático para ayudar en la digestión de grasas, carbohidratos y proteínas	Disminuye o inhibe la absorción intestinal de suplementos de hierro y del ácido fólico.
Magaldrato	Neutraliza el ácido clorhídrico en el estómago de forma rápida y prolongada, aliviando el ardor y la irritación.	Disminuye la absorción Fe, Ca, Mg, Zn, B12 o cualquier otro micronutriente cuya absorción dependa de la producción de acidez gástrica. Disminución de la digestibilidad de las carnes rojas. Puede producir hipermagnesemia sobre todo en pacientes con alteración de la función renal.

Fuente: Elaboración propia basado en la historia clínica

Tabla 2.
Registro Alimentario

Hora	Alimentos y bebidas	Cantidad	Síntomas	¿Cuánto tiempo después de comer	Intensidad de síntomas	Escala de Bristol 1
------	---------------------	----------	----------	---------------------------------	------------------------	------------------------

				aparecieron los síntomas?		
	Café con Stevia	1 tz 3 gotas	Tos	Durante la comida	Leve	
	Huevo con aceite de oliva y sal	2 unidades ½ cdta 1 pizca	Gases Ir al baño	Inmediatamente después de comer.	Leve	4
10:25 am	Supan integral	4 rodajas	Eructos	3 horas después	Leve	
	Mango con yogurt griego y mantequilla de almendras	6 pedazos medianos 2 cdas 1 cda				
10:55 am	Agua con chía	1 vaso 1 cda				
2:30 pm	Pechuga de pollo con	1 palma	Dolor de estómago	Inmediatamente después	Leve	5

	pimienta, cúrcuma y sal		Retorcijone s			
	Plátano maduro	¼ unidad	Gases			
	Aguacate	30 g	Eructos			
	Arroz blanco	¼ plato	Ir al baño			
	Ensalada de pepino, tomate y limón	¼ plato				
	Agua	1 vaso				
4:35 pm	Agua	½ vaso	Ir al baño	5 min. Después	Leve	5
5:00 pm	Agua	1 vaso	Eructos	Inmediatament e después		
6:00 pm	Agua	1 vaso	Dolor de estómago Eructos	30 min. Después		

				Inmediatament e después		
7:00 pm	Yogurt granizado de frutilla	1 vaso mediano	Tos	Durante la comida	Leve	
8:00 pm	Pan de yuca Agua	3 unidades 1 vaso	Eructos Gases Tos	1 h después 1 h y 30 min después		
9:00 pm	Plátano maduro	1 unidad	Gases	Inmediatament e después	Leve	
	Maní	1 cda	Ir al baño	1 hora y 20 min después		4
	Queso fresco	2 rodajas medianas				
	Ensalada: uvilla, tomate, pepino con limón y sal	½ taza				
	Agua					
10:3 0 pm	Agua	1 vaso	Eructos	Inmediatament e después	Leve	

SEGUNDO DÍA						
9:15 am	Mango y arándanos	1 tz	Naúseas, ardor y dolor de cabeza	Antes de comer	Leve	
	Yogurt griego	2 cda				
	Mantequilla de almendras	½ cda				
	Empanada de yuca con aceite de oliva	1 unidad mediana 1 cda	Gases Ir al baño	Durante la comida 5 minutos después	Leve	5
	Queso fresco	1 pedazo pequeño				
	Huevos	2 unidades				
12:4 5 pm	Tilapia con cúrcuma, pimienta, sal y limón	1 filete	Eructos y llenura	30 minutos después de comer	Leve	

	Plátano maduro	¼ plato				
	Aguacate con tomate y limón	½ unidad ¼ unidad				
	Agua	1 vaso				
13:5 4 pm	Agua	1 vaso				
14:0 5 pm	Agua	1 vaso				
17:1 5 pm	Leche de almendras	1 taza				
	Chía	1 cda				
	Mantequilla de almendras	1 cda				
	Arándanos	½ taza				
	Avena	1 cda				
6:00 pm	Redoxon	1 vaso	Eructos Eructos	45 min. después 1 h y 15 min. después		

8:00 pm	Humitas con queso	2 unidades 2 rodajas	Eructos y tos	Inmediatamente después	Leve	
	Aguacate con pepino	¼ unidad 1 taza	Retorcijones Gases	Inmediatamente después	Leve	
	Agua	1 vaso				
TERCER DÍA						
10:30 am	Fresa	½ taza	Ir al baño	40 minutos después	Leve	3
	Guineo Yogurt griego	½ unidad 3 cdas				
	Humita Clara de huevo Zanahoria con limón y sal	1 unidad 2 unidades ¼ taza				
14:00 pm	Pollo con cúrcuma,	1 pieza ½ plato	Dolor de estómago	Durante la comida	Leve	

	sal y pimienta Arroz blanco con sal Aguacate Tomate con limón Agua	$\frac{1}{4}$ unidad 1 taza 1 vaso	Eructos	2 h después		
6:00 pm	Fresas congeladas	2 unidades				
8:30 pm	Leche de almendras Avena Mantequilla de almendras Arándanos	1 vaso 2 cdas 1 cdta 1 porción	Eructos	30 min. Después	Leve	
9:50 pm	Empanada de verde	1 plátano pequeño	Eructos	5 min. después	Leve	

	Aceite de oliva	Unas gotitas				
		2 rodajas medianas				
	Queso fresco	½ unidad				
	Tomate con limón y sal	¼				
	Aguacate					
10:1 0 pm	Agua					
10:5 0 pm	Agua	2 vasos	Eructos Gases Reflujo Ir al baño	Inmediatament e después	Leve	3

Fuente: Elaboración propia con base a datos de la historia clínica.

Interpretación: En el análisis de la alimentación, se observó como aspecto positivo, el consumo de proteína de buena calidad como huevo, pollo y pescado, además; grasas saludables como aguacate, aceite de oliva y frutos secos, inclusión diaria de frutas y consumo regular de agua.

Se observó también horarios irregulares, los desayunos ocurren entre 9:15 y 10:30 am y las cenas entre 8:00 y 10:30 pm. Esto puede contribuir a reflujo gastroesofágico, distensión abdominal, eructos y alteración del vaciamiento gástrico. Realiza 3 comidas

principales y 1 o 2 colaciones, además existen periodos de ayuno de 5 a 7 horas. También se destaca el consumo moderado a alto de alimentos potencialmente fermentables como mango, yogurt, maní, aguacate, los cuales en personas con síntomas gastrointestinales pueden favorecer gases y distensión, que aparecen por lo general inmediatamente después de comer o entre 5 y 30 minutos posteriores.

Ingesta promedio del registro alimentario

- Energía: 1430 kcal/día
- Proteínas: 75 g/día
- Lípidos: 57 g/día
- Carbohidratos: 145 g/día
- Agua: 1,7 litros/día

Actividad física

Factor de actividad: 1.50 (ligeramente activo: 1,40 - 1,69 - Vida cotidiana con poco ejercicio; trabajo de oficina).

Signos clínicos

Examen físico

Cabeza: normo cefálica

Ojos: pupilas isocóricas y normo reactivas

Fosas nasales: simétricas permeables

Oídos: permeables

Orofaringe: normal

Cuello: simétrico

Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación

Región lumbar: escoliosis de 16 grados

Extremidades: simétricas

Examen neuronal: paciente orientada en tiempo, espacio y personal.

Piel y faneras: adecuado

Cabello: adecuado

Uñas: adecuado

Tabla 3.
Composición Corporal

Fecha	04 de mayo de 2026	25 de mayo de 2026	15 de junio de 2026
Talla	1.49 cm	1.49 cm	1.49 cm
Peso actual	38.10 kg	38.75 kg	40 kg
Peso habitual	37 kg	37 kg	37 kg
IMC	16.9 kg/m ²	17.2 kg/m ²	18 kg/m ²
Grasa visceral	3 lv	3 lv	3 lv
Grasa corporal	17.6%	15.6 %	16.4%

Masa de grasa corporal	6.7 kg	6 kg	6.6 kg
Masa muscular esquelética	16.5 kg	17.4 kg	18 kg
Masa muscular	29.3 kg	30.6 kg	31.6 kg
Agua corporal	60.1 %	61.3 %	61.2 %

Fuente: Elaboración propia obtenido de los datos de la historia clínica.

Interpretación: En la evolución de la historia clínica se observa que el peso corporal pasó de 38.1 kg a 40 kg, obteniendo un aumento de 1.9 kg, por su parte el IMC aumentó de 16.9 kg/m² a 18.0 kg/m², lo que constata una progresiva mejora del estado nutricional y una aproximación al rango de normopeso.

En el análisis de los datos relacionado con la composición corporal se encontró un incremento de la masa muscular de 29.3 kg a 31.6 kg y la masa muscular esquelética de 16.5 kg a 18 kg, lo que hace suponer que gran parte de la ganancia ponderal estuvo asociada al aumento de masa libre de grasa y la grasa visceral se mantuvo dentro de parámetros adecuados, el porcentaje de grasa corporal también indicó valores apropiados para la edad y condición. A pesar del aumento del IMC, éste sigue por debajo del rango de normal.

Bioquímica nutricional

Fecha: 27 de mayo de 2026

Tabla 4.
Exámenes Bioquímicos

Estudio	Resultado	Referencia	Interpretación
HECES			
Calprotectina	3.00	Adultos: 0 a 50 mg/Kg Método: ELISA	Normal
Elastasa Pancreática en heces	770.6	Menor a 100: Insuficiencia pancreática exocrina grave. 100 – 200: Insuficiencia pancreática exocrina leve a moderada. Mayor a 200: función pancreática normal.	Normal
PARASITOS POR CONCENTRACION	Negativo para parásitos intestinales.		Normal
Sangre oculta	NEGATIVO		Normal
HEMATOLOGIA			

Recuento de leucocitos	* 3.84	3,90 - 10,80	Disminuido Se puede producir por infecciones virales como la gripe (la paciente había presentado recientemente)
Recuento de hematíes	4.40	3,80 - 6,00	Normal
Hemoglobina	13.20	11,80 - 15,30	Normal
Hematocrito	39.70	35,00 - 45,00	Normal
MCV	90.30	82,00 - 98,00	Normal
MCH	29.90	27,00 - 32,00	Normal
MCHC	33.20	32,00 - 35,00	Normal
Plaquetas	196.00	150,00 - 450,00	Normal
Linfocitos %	43.90	17,00 - 45,00	Normal
Monocitos %	6.00	2,00 - 10,00	Normal
Neutrófilos %	* 45.30	55,00 - 75,00	Disminuido

			Se puede producir por infecciones virales o bacterianas graves y generalizadas.
Eosinófilos %	* 4.30	1,00 - 4,00	Elevado La eosinofilia puede producirse por: alergia o infecciones parasitarias.
Basófilos %	0.50	0,20 - 1,20	Normal
Linfocitos	1.68	1,50 - 4,50	Normal
Monocitos	0.23	0,20 - 0,80	Normal
Neutrófilos	* 1.74	2,50 - 7,50	Disminuido La neutropenia se produce por influenza, infecciones virales, infecciones bacterianas graves y generalizadas.
Eosinófilos	0.170	0,05 - 0,50	Normal

Basófilos	0.02	0,01 - 0,10	Normal
RDW	13.10	12,00 - 16,00	Normal
MPV	11.00	8,00 - 12,00	Normal
HORMONAS			
Hormona tiroestimulante (TSH)	3.05	Adultos: 0.35 - 4.94	Normal
T4 Libre	0.93	Adultos: 0.70 - 1.48	Normal
T3 Libre	2.45	Adultos: 1.58 - 3.91	Normal
QUIMICA			
BILIRRUBINA DIRECTA	0.22	Adultos: Menor o igual 0.40 mg/dL	Normal
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.21	Adultos: Hasta 1.00 mg/dL	Normal
BILIRRUBINA TOTAL	0.43	Adultos: Hasta 1.2 mg/dL	Normal
Calcio	9.34	18 - 60 años: 8.6 - 10.0	Normal
Cloro	105.40	98,00 - 107,00	Normal

Colesterol Total	* 211.09	0,00 - 200,00	Elevado
Creatinina	0.78	0,50 - 0,90	Normal
FOSFORO	3.63	ADULTOS: 2.5 - 4.5	Normal
Gamma GT	11.34	6,00 - 42,00	Normal
Glucosa Basal	84.20	70,00 - 100,00	Normal
GOT	16.16	0,00 - 40,00	Normal
GPT	14.15	0,00 - 33,00	Normal
HDL-colesterol	52.39	40,00 - 60,00	Normal
Índice aterogénico	4.03	Objetivo Prevención Primaria: Hombres: < 4.5 Mujeres: < 4.0 Objetivo Alto Riesgo cardiovascular: Hombres: < 3.5 Mujeres: < 3.0	Ligeramente elevado
NO-HDL colesterol	158.70	VALORES RECOMENDADOS EN BASE	Elevado

		A RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV) • RCV moderado: < 130 mg/dL • RCV alto: < 100 mg/dL • Prevención secundaria y RCV muy alto: < 85 mg/dL	
Índice LDLc / HDLc	2.78	Menor a 3.0	Normal
LDL-Colesterol (Sampson equation)	145.81	Válido para Colesterol total (CT) hasta 1000 mg/dL y Triglicéridos (TG) hasta 3000 mg/dL. Resultados con TG>800 mg/dL pueden presentar >30 mg/dL error. Valores recomendados según RCV • Prevención secundaria	Elevado

		y RCV muy alto: < 55 mg/dL • RCV alto: < 70 mg/dL • RCV moderado: < 100 mg/dL • RCV bajo: < 116 mg/dL	
Magnesio	2.11	1,70 - 2,40	Normal
Potasio	4.36	3,50 - 5,10	Normal
Albumina	3.84	ADULTOS: 3.5 - 5.2 g/dL	Normal
Proteínas totales	6.84	6,40 - 8,30	Normal
Globulinas	3.00	3,00 - 4,50	Normal
Sodio	138.70	135,00 - 145,00	Normal
Lípidos totales estimados	613.67	VALOR REFERENCIAL: Menor a 861.0 mg/dl NOTA: Interpretar con precaución en pacientes	Normal

		con triglicéridos > 400 mg/dl o dislipidemias graves.	
Índice Triglicéridos / HDLc	1.38	VALORES RECOMENDADOS EN BASE A RCV • Ideal: < 2 • Aceptable: 4 - 6 • Alto riesgo: > 6	Normal
Triglicéridos	72.2	0,00 - 150,00	Normal
Urea	37.12	12,80 - 42,80	Normal
VLDL-colesterol	14.4	10,00 - 40,00	Normal
SEROLOGIA E INMUNOLOGIA			
ANTI-GLIADINA DEAMINADA (DGP) IGA	3.10	NEGATIVO: Menor a 10 POSITIVO: Mayor o igual a 10	Normal
ANTI GLIADIANA DEAMINADA (DGP) IGG	2.70	NEGATIVO: Menor a 10 POSITIVO: Mayor o igual a 10	Normal

Transglutaminasa Ac. IgA	1.1	NEGATIVO: Menor a 10 POSITIVO: Mayor o igual a 10	Normal
Transglutaminasa Ac. IgG	1.4	Interpretación U/ml Negativo < 10 Positivo > = 10	Normal

Fuente: Elaboración propia obtenidos de los datos de la historia clínica.

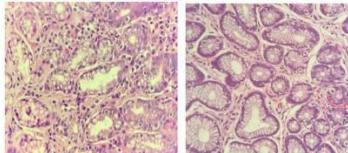
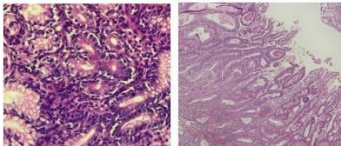
Interpretación: Existe leucopenia y neutropenia, no presenta anemia, lo cual es positivo puesto que la gastritis crónica puede ocasionar déficit de hierro. Presenta hipercolesterolemia con aumento de LDL. En cuanto a la función hepática, renal y electrolitos todo se encuentra dentro de rangos normales. Los marcadores para la enfermedad celíaca fueron negativos, los valores de calprotectina fecal son normales por lo que se descarta enfermedad inflamatoria intestinal, colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. Función pancreática normal.

Endoscopia y biopsia

En el presente caso clínico, la biopsia gástrica determinó la presencia de *Helicobacter pylori* en el antro gástrico, asociado a gastritis crónica moderada e hiperplasia folicular linfoide, hallazgos compatibles con una respuesta inflamatoria crónica de la mucosa gástrica. (1)

Tabla 5.

Exámenes Complementarios

DESCRIPCION: BAJO ANESTESIA TIPO SEDACION ADMINISTRADA POR ANESTESIOLOGIA, SIN COMPLICACIONES INMEDIATAS. SE REALIZA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA. SE PROGRESA VIA ORAL CON GASTROSCOPIO: ESOFAGO: LUZ Y CALIBRE CONSERVADO, CAMBIO MUCOSO A 32CM DE ADS, HIATO A 33, SIN EVIDENCIA DE LESIONES MUCOSAS. ESTOMAGO: LAGO MUCOSO CLARO, ARQUITECTURA DE PLIEGUES CONSERVADO, TECHO, CUERPO. ANTRO MUCOSA DE ASPECTO ERITEMATOSO, SE TOMAN BIOPSIAS CON PINZA DE BIOPSIA DESCARTABLE. A LA RETROFLEXION CARDIAS INCONTINENTES VALVULA FLAP TIPO II (CLASIFICACION HILL) PILORO CENTRICO Y PERMEABLE. DUODENO: BULBO Y SEGUNDA PORCION DUODENAL SIN EVIDENCIA DE LESIONES MUCOSAS. PROCEDIMIENTO REALIZADO: 1.- ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA MAS TOMA DE BIOPSIA A CORRELACIONAR CON HISTOPATOLOGIA. DIAGNOSTICO: 1.- CIE 10: Q40.1 HERNIA HIATAL CONGENITA (I CM) 2.- CIE 10: 21.9 ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS 3.- CIE 10: K29.6 OTRAS GASTRITIS (GASTROPATIA ERITEMATOSA) BIOPSIAS: SI FRASCO N1: ANTRO FRASCO N2: CUERPO	
ESPECIMEN: Identificado como biopsia de mucosa gástrica corporal. EXAMEN MACROSCOPICO: Se recibe 1 fragmento de tejido de forma redondeada, blanquecino, de consistencia blanda que mide 0.2 cm. Se procesa todo el tejido remitido. EXAMEN MICROSCOPICO: Fragmentos de mucosa gástrica con epitelio de superficie indemne, zonas de elongación de las foveolas, observándose a nivel del corion moderada congestión de capilares y moderado infiltrado inflamatorio linfomonocitario, la población glandular oxintica conservada. Se observan bacilos curvos en tinción giemsa.  DIAGNOSTICO: Biopsias endoscópicas de mucosa gástrica corporal. - GASTRITIS CRÓNICA LEVE, SIN ACTIVIDAD INFLAMATORIA, NO ATRÓFICA. - HIPERPLASIA FOLICULAR LINFOIDE. - GIEMSA: NEGATIVO PARA BACILOS CURVOS TIPO H. PYLORI (-) - GRUPO I - OLGA: SCORE 0	ESPECIMEN: Identificado como biopsia de mucosa de antro. EXAMEN MACROSCOPICO: Se recibe 1 fragmento de tejido de forma redondeada, blanquecino, de consistencia blanda que mide 0.2 cm. Se procesa todo. EXAMEN MICROSCOPICO: Fragmento de mucosa de estómago exhiben epitelio de superficie conservado, corion superficial y profundo con moderada congestión de capilares y un moderado infiltrado inflamatorio linfomonocitario, la población glandular de histología conservada. Se observan bacilos curvos en tinción giemsa.  DIAGNOSTICO: Biopsias endoscópicas de mucosa gástrica antral. - GASTRITIS CRÓNICA MODERADA, SIN ACTIVIDAD INFLAMATORIA, NO ATRÓFICA. - HIPERPLASIA FOLICULAR LINFOIDE. - GIEMSA: COLONIZACION HIPODENSAS POR BACILOS CURVOS TIPO H. PYLORI (+) - GRUPO I - OLGA: SCORE 0

Fuente: Elaboración propia obtenidos de los datos de la historia clínica.

Interpretación: Endoscopia digestiva muestra hernia hiatal de 1 cm, relacionada con ERGE sin esofagitis. Además, se observa, válvula antirreflujo incompetente (Hill tipo II), lo cual explica los síntomas como reflujo, eructos frecuentes y tos posterior a las comidas. No se encontraron lesiones, úlceras ni erosiones. A nivel gástrico se observa mucosa antral eritematosa, por lo cual se tomó biopsias en antro y cuerpo del estómago.

En la biopsia se informa presencia de gastritis crónica moderada en antro y gastritis crónica leve en cuerpo gástrico, ambas sin actividad inflamatoria aguda y sin evidencia

de atrofia. También se observa *Helicobacter pylori* en el antro e hiperplasia folicular linfoide.

La sintomatología digestiva tiene un origen mixto, la gastritis crónica está asociada a *Helicobacter pylori* razón por lo que presenta el dolor y molestia epigástrica, la sensación de plenitud, las náuseas e indigestión; la hernia hiatal y el ERGE serían las principales causas de los episodios de reflujo, regurgitación, eructos frecuentes y tos postprandial.

Diagnóstico Nutricional mediante formato PES

PES 1

- Problema: Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) asociada a hernia hiatal.
- Etiología: relacionado con horarios de alimentación irregulares, periodos prolongados de ayuno y otros hábitos que favorecen el reflujo gastroesofágico.
- Signos y síntomas: reflujo gastroesofágico, eructos frecuentes, tos asociada al reflujo y endoscopia con diagnóstico de hernia hiatal.

Diagnóstico PES: Enfermedad por reflujo gastroesofágico asociada a hernia hiatal relacionada con horarios de alimentación irregulares, períodos prolongados de ayuno y hábitos alimentarios que favorecen el reflujo, evidenciada por la presencia de reflujo gastroesofágico, eructos frecuentes, distensión abdominal, tos y hallazgos endoscópicos compatibles con hernia hiatal.

PES 2

- Problema: Gastritis crónica asociada a *Helicobacter pylori*
- Etiología: relacionada con infección por *Helicobacter pylori* confirmada mediante biopsia y hábitos alimentarios como consumo moderado a alto de alimentos

potencialmente fermentables, horarios irregulares y largos periodos de ayuno, que favorecen la irritación de la mucosa gástrica.

- Signos y síntomas: dolor abdominal, distensión abdominal, eructos, endoscopia con gastropatía eritematosa y biopsia positiva para *H. pylori*.

Diagnóstico: gastritis crónica asociada a *Helicobacter pylori* relacionada con infección por *H. pylori* confirmada mediante biopsia y hábitos alimentarios que favorecen la irritación de la mucosa gástrica, evidenciada por dolor abdominal, distensión, eructos y resultados endoscópicos e histopatológicos compatibles.

PES 3

- Problema: desnutrición leve.
- Etiología: Relacionada con una ingesta energética y proteica insuficiente para cubrir los requerimientos nutricionales, secundaria a la sintomatología gastrointestinal y a patrones de alimentación inadecuados.
- Signos y síntomas: IMC de 16.9 kg/m², grasa corporal de 17.6% y masa muscular de 16.5 kg compatible con desnutrición leve.

Diagnóstico: Desnutrición leve relacionada con una ingesta energética y proteica insuficiente secundaria a la sintomatología gastrointestinal y a patrones de alimentación inadecuados, evidenciada por un IMC de 16.9 kg/m², bajo peso y disminución de la masa muscular según el análisis de composición corporal.

Diagnóstico clínico y nutricional

Paciente femenina de 26 años con diagnóstico médico de enfermedad por reflujo gastroesofágico, gastritis crónica moderada antral asociada a *Helicobacter pylori*, hernia hiatal e hipercolesterolemia. Desde la perspectiva nutricional, presenta bajo peso, baja masa muscular y bajo porcentaje graso, características que están directamente relacionadas con una ingesta energética insuficiente y hábitos alimentarios inadecuados, como horarios

irregulares, ayunos prolongados y consumo de alimentos que son desencadenantes de síntomas gastrointestinales. Con relación al estado nutricional se requiere mejorar el aporte energético y la sintomatología digestiva.

Metodología

Corresponde a un caso clínico descriptivo y retrospectivo con propuesta de atención nutricional, en el cual se propone aplicar el Proceso de Cuidado Nutricional a un caso de gastritis crónica asociada a *Helicobacter pylori*, enfermedad por reflujo gastroesofágico y hernia hiatal. La información se obtuvo por la revisión de la historia clínica nutricional, evaluación antropométrica y de composición corporal, revisión de resultados de parámetros bioquímicos, estudios complementarios y valoración de signos y síntomas.

Para el análisis de la información de la valoración nutricional se utilizó el enfoque integral propuesto por el Instituto de Investigación para el Desarrollo de la Nutriología S.A. (IIDENUT), el cual considera los 6 componentes: interacción fármaco nutriente, ingesta alimentaria, actividad física, signos clínicos, composición corporal y bioquímica nutricional.

Propuesta

Para la elaboración de la propuesta se realizó un análisis de la información disponible de la historia clínica y se estableció la priorización de los casos a tratar.

Análisis por patología y recomendación nutricional

TABLA 6.

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

Patología	Energía	Proteínas	Lípidos	CHO
ERGE asociado a hernia hiatal	Normal	Normal a alto	Moderado a bajo	Moderado a bajo

Gastritis crónica asociada a H. pylori	Normal	Normal	Moderado	Normal
Desnutrición leve	Alto	Alto	Normal a alto	Alto
Hipercolesterolemia	Normal	Normal	Bajo	Normal (fibra elevada)
Decisión	Normal	Normal a alto	Moderado	Normal

Fuente: Elaboración propia obtenidos de los datos de la historia clínica.

Basado en la información de los datos de la historia clínica y en la evidencia científica disponible, se propone priorizar como primer problema el ERGE asociado a hernia hiatal. En segunda instancia, se considera la gastritis crónica asociada a *Helicobacter pylori* confirmada por histopatología.

Como objetivo se busca disminuir la secreción de jugo gástrico, neutralizar la acidez estomacal, disminuir la motilidad y no causar irritación mecánica. (12)

En caso de fase aguda la consistencia de la dieta podrá ser líquida y según vaya progresando se puede considerar dieta adecuada normal con un aporte de proteína y lípidos adecuados y baja en fibra en el caso de fase aguda. Respecto al tratamiento nutricional es importante reducir al máximo el consumo de azúcares. (3)

Dentro de las estrategias de intervención se recomienda masticar y comer pausadamente los alimentos, separar los líquidos de las comidas, reducir alimentos muy fríos o calientes, evitar ayunos prolongados. Las comidas muy abundantes suelen incrementar la secreción de ácido y la actividad motora del estómago.

Por esta razón, se recomienda distribuir la alimentación en cinco o seis tiempos de comida al día, evitando grandes volúmenes en una sola ingesta. Cuando la alimentación se ha

restringido debido a episodios severos de dolor o acidez, se recomienda ir reintegrando la dieta variada lo más pronto posible. La reintegración de alimentos en la dieta debe llevarse a cabo de forma individualizada, solamente evitando aquellos alimentos que produzcan síntomas en cada paciente, salvo el picante intenso y la pimienta en algunas personas más sensibles. Fuera de las anteriores advertencias, no existe suficiente evidencia que muestre que el consumo moderado de especias, no picantes, sea dañino para la salud gástrica, por lo que se recomienda ir limitando el consumo de sustancias que favorecen la secreción de ácido gástrico como café, té, cola y vino, sobre todo en aquellos casos donde esta ingesta desencadene síntomas digestivos. (12)

En aquellas personas que padecen gastritis atrófica es fundamental evaluar el estado de la vitamina B12, ya que el descenso del ácido gástrico y del factor intrínseco puede poner en riesgo su absorción. En ese sentido, la disminución de la acidez del jugo gástrico puede influir en la disponibilidad y absorción de otros nutrientes, incluyendo hierro, calcio y algunos micronutrientes necesarios. (1)

En términos generales, se recomienda mantener una alimentación equilibrada, completa y suficiente en nutrientes, con un adecuado aporte de frutas, verduras y fibra dietética. Además, es aconsejable evitar aquellos alimentos o bebidas que desencadenen síntomas digestivos en cada paciente, promoviendo así una mejor recuperación y bienestar gastrointestinal. (1)

Abordaje nutricional

De acuerdo con el Grupo de Expertos de ESPEN (2021) recomienda que la estimación de los requerimientos energéticos se individualice y que, cuando no se disponga de calorimetría indirecta, se utilicen ecuaciones predictivas validadas para estimar el gasto energético. En este caso, se propone emplear la ecuación de Harris-Benedict para calcular el gasto energético basal. (23)

Respecto al aporte de macronutrientes se sugiere indicar un aporte proteico alto para favorecer la recuperación del estado nutricional. Mientras que el aporte de grasas se recomienda individualizarlo según tolerancia digestiva y finalmente los carbohidratos se propone establecerlos para completar el requerimiento energético.

Peso actual: 40 kg

Cálculo:

- $9.5634 \times 40 = 382.54$
- $1.8496 \times 149 = 275.59$
- $4.6756 \times 26 = 121.57$

$$655.0955 + 382.54 + 275.59 - 121.57 = 1191.66 \text{ kcal/día}$$

Gasto energético basal (GEB): 1192 kcal/día

factor de actividad de 1.5 (actividad física moderada), el gasto energético total sería:

$$1192 \times 1.5 = 1788 \text{ kcal/día} \approx \mathbf{1790 \text{ kcal/día.}}$$

Energía: 1790 kcal (HB)

Proteína: $1,5 \text{ g/kg} = 60 \text{ g} \times 4 = 240 \text{ kcal} - 13,5 \%$

Grasa: $1,8 \text{ g/kg} = 72 \text{ g} \times 9 = 648 \text{ kcal} - 36,3 \%$

CHO: $5.6 \text{ g/kg} = 224 \text{ g} \times 4 = 896 \text{ kcal} - 50,2 \%$

Líquidos: 1500 ml/día

Abordaje dietoterapéutica

Vía de administración: de acuerdo con las guías ESPEN de nutrición clínica (2021), la vía oral debe ser la primera opción en caso de que el tracto gastrointestinal sea funcional, reservando la nutrición enteral o parenteral para aquellos casos en los que la ingesta oral sea insuficiente o no sea posible. (24)

Tiempos de comida: 5 tiempos de comidas (3 principales + 2 colaciones)

Tipo de dieta: hipercalórica, hiperproteica con control de grasas saturadas.

Características organolépticas: aceptables y agradables.

Objetivos y estrategias del plan nutricional

Tabla 7

Objetivos y Estrategias Nutricionales

Objetivo	Estrategia
Mejorar la sintomatología gastrointestinal	Implementar un plan de alimentación hipercalórico e hiperproteico, organizado en cinco tiempos de comida, con porciones pequeñas y horarios regulares; evitar ayunos prolongados y comidas abundantes. Identificar y limitar ingerir ciertos alimentos que desencadenan los síntomas; evitar acostarse durante 2–3 después de comer; fomentar una adecuada hidratación y educación alimentaria que favorezca la adherencia al tratamiento y disminuya la sintomatología gastrointestinal.
Reducir los niveles de colesterol sanguíneo	Brindar educación nutricional para incrementar el consumo de alimentos cardioprotectores,

	promoviendo el consumo de al menos 2 raciones de frutas y 3 raciones de verduras al día, priorizando cereales integrales y fuentes de fibra según tolerancia individual, incluyendo grasas insaturadas como aceite de oliva, aguacate, frutos secos y semillas, aumentar el consumo de pescado de 2 a 3 veces por semana y limitar alimentos ricos en grasas saturadas y trans, como embutidos, frituras, productos de repostería y alimentos ultraprocesados.
Favorecer un aumento de peso progresivo y saludable	Elaborar un plan de alimentación hipercalórico e hiperproteico, de 5 tiempos de comida (3 principales y 2 colaciones), distribuido en horarios regulares, porciones pequeñas e incluyendo alimentos de alta densidad energética y proteínas de alto valor biológico, teniendo en cuenta las porciones aportadas en función de la tolerancia y de las necesidades nutricionales en relación a la ganancia de peso de forma gradual y saludable.

Fuente: Elaboración propia.

Plan por equivalentes

Tabla 8
Sistema de Equivalentes

Tiempo de comida	Desayuno	Snack	Almuerzo	Snack	Merienda	Total

Cereales	2	1	2	1	3	9
Fruta	1	1		1		3
Proteínas	1		1,5		1,5	4
Verduras			1		1	2
Grasas	2		2	1	2	7
Oleaginosas		1				1
Leguminosas			1			1

Fuente: Elaboración propia.

Alimentos sugeridos para incluir en el plan de alimentación.

Cereales: arroz blanco, avena en hojuelas, fideos de arroz o maíz, pan y galletas sin gluten, quinua, camote, yuca, papa, maíz, mote, choclo, amaranto.

Frutas: fresa, granadilla, mandarina, mango, manzana, melón, arándanos, papaya, pera, uva, sandía. En fase aguda: frutas sin piel y cocidas.

Proteínas: huevo, atún, sardina en agua, lomo de res, lomo de cerdo, pechuga de pollo o pavo, camarones, tilapia, corvina, salmón.

Verduras: acelga, berenjena, espinaca, lechuga, vainita, zanahoria, zapallo. Con moderación crudas y flatulentas: ajo, cebolla, pepino, pimiento, tomate, brócoli, col, coliflor.

Grasas: aceite de aguacate u oliva, aguacate.

Oleaginosas: almendras, nueces, pistachos, avellanas, macadamias, semillas de chía, linaza, girasol, ajonjolí, sésamo.

Leguminosas: de acuerdo con la tolerancia, arvejas, fréjol, lenteja, garbanzo, habas, si causan malestar se puede optar por aquellos que son enlatados y que sean el único ingrediente, y se pueden licuar o triturar.

Bebidas: agua, infusiones, caldos, zumos de fruta.

Tabla 9
Menú Semanal

Tiempo de comida	Opción 1	Opción 2	Opción 3	Opción 4	Opción 5	Opción 6	Opción 7
Desayuno 8:00 am	Wrap de huevo con espinaca y zucchini 1 huevo revuelto 1 cda aceite de oliva	Maduro al horno 1 huevo revuelto con espinaca 1 cda aceite de oliva	Empanadas de yuca 1 tajada de queso deslactosado 1 cda aceite de oliva	Omelette tricolor 1 huevo 1 cda aceite de oliva tomate y espinaca	Tigrillo 1 huevo 1 cda ghee Cilantro 1 plátano verde	Aguacate toast 1 huevos cocido ½ aguacate 1 rebanada de pan tipo masa madre	Tortas de papa rellenas de queso 1 tajada queso deslactosado 1 cda aceite de oliva 1 papa cocida

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">▪ Almendras enteras – 10 piezas – 12 g▪ Almendra fileteada – 2 cda – 12 g<ul style="list-style-type: none">▪ Chía – 5 cdta – 12 g▪ Crema de almendra o avellana sin azúcar – 1 cda – 12 g▪ Semillas de calabaza – 1½ cda – 12 g▪ Semillas de girasol – 4 cdta – 12 g▪ Nuez – 6 mitades o 3 piezas enteras<ul style="list-style-type: none">▪ Pistaches – 18 piezas▪ Linaza – 1 cda▪ Bebida vegetal de almendras con proteína – 1 taza (240 ml) |
|--|---|

	▪ Avellana – 9 piezas – 13 g						
Almuerzo 1:00 – 2:00 pm	Seco de pollo ½ tz arroz blanco cocido 45 g pollo 1 cda aceite de oliva ½ tz menestra de lenteja Ensalada de lechuga y	Moro de lenteja 1 tz arroz moro 45 g bistec de res salteado con tomate y pimiento	Pasta con pollo 1 plátano maduro cocido 45 g pollo 1 cda aceite de oliva 1 tz fideo de lenteja cocido	Ensalada de camarón 1 tz fideos de maíz 7 – 10 camarones ¼ aguacate	Bowl mediterráneo de atún 1 tz maíz dulce cocido 1 lata atún pequeña 4 cda guacamole	Carne de res a la plancha y puré de camote 1 camote mediano cocido 1 cda ghee 45 g de res a la plancha	Filete de pescado ½ tz quinua cocida 55 g pescado (cocina ya sea en sartén o al horno) 1 cda aceite de oliva

Merienda 7:00 – 8:00 pm	Pavo al horno	Pescado al vapor	Berenjena rellena	Pollo con pimientos	Fideos con carne molida	Wraps de atún	Arroz con pollo
	¾ tz quinua cocida 55 g pavo 1 cdta aceite de oliva Ensalada de lechuga y espinaca (1 taza) ¼ aguacate	2 ½ pedazos pequeños de yuca (120 g) 55 g de pescado al vapor Ensalada de pepino y zanahoria rallada ½ aguacate	1 berenjena 45 g carne molida con tomate sin semillas 1 cdta aceite de oliva 2 cda guacamole	1 ½ papa al horno 45 g de pechuga de pollo Pimiento y espinaca (½ tz) 1 cda aceite de oliva	1 ½ tz fideo de arroz 45 g carne molida 1 pimiento en tiras 1 cdta aceite de oliva	3 tortillas de maíz 1 lata atún ½ tomate picado Cilantro 4 cda guacamole	1 tz arroz con choclo 45 g pollo en cubos 1 cdta aceite de oliva ¼ aguacate Ensalada de tomate sin semillas y pepino (1 taza)

			1 ½ camote en forma de puré	½ lentejas cocidas	2 cda aderezo (yogurt natural + aceite de oliva + sal)		
--	--	--	--------------------------------	-----------------------	---	--	--

Recomendación de suplementos

Saccharomyces boulardii como coadyuvante del tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori*, debido a evidencia reciente que demuestra una mejor tasa de erradicación y una reducción significativa de efectos adversos gastrointestinales asociados al tratamiento antibiótico, incluyendo diarrea, náuseas y distensión abdominal.

	Estaría indicada la evaluación de suplementación con <i>Saccharomyces boulardii</i>: *250 mg 2 veces al día cada 12 horas. *Puede tomarse con las comidas o inmediatamente después. *Mantener durante todo el tratamiento con antibióticos y continuar 2 a 4 semanas después para favorecer la recuperación de la microbiota.
--	--

Recomendaciones complementarias.

- Se sugiere incorporar actividades que favorezcan el manejo del estrés, como caminatas, ejercicio físico, yoga, meditación o técnicas de respiración.

- Favorecer una exposición solar moderada de aproximadamente 15 a 20 minutos al día, procurando exponer áreas del cuerpo que habitualmente permanecen cubiertas, como piernas, abdomen, espalda o la parte interna de los brazos.
- Consumir los alimentos de forma consciente, evitar distracciones como televisión, celular u otros dispositivos electrónicos.
- Masticar completamente todos los alimentos para ayudar al proceso de la digestión y tolerancia gastrointestinal.
- Consumir poca cantidad de líquido durante la comida y preferir tomar agua entre las comidas.
- Usar hierbas y especias para sazonar las preparaciones como orégano, albahaca, tomillo, cúrcuma o pimienta en función de tolerancia individual.
- Después de comer, esperar al menos 2 a 3 horas antes de acostarse.

Priorizar el consumo de los siguientes alimentos:

- La linaza puede prepararse hirviendo 2 cucharadas en agua durante 10 minutos. Posteriormente se cuela y se consume el líquido a lo largo del día.
- Fuentes de fibra soluble: avena, linaza, zanahoria, zucchini, vainita, fresas, arándanos y kiwi.
- Semillas de calabaza, chía y girasol.
- Perejil y diversas hierbas frescas.

- Frutos secos como nueces, almendras y avellanas.
- Variedades de pescados blancos y grasos, como salmón, dorado, tilapia, corvina, sardina en aceite.
- Grasas saludables como aceite de oliva extra virgen, aceitunas y aguacate.
- Leguminosas como lentejas, garbanzos y fréjol. Si generan molestias digestivas, pueden utilizarse versiones enlatadas y enjuagadas o preparaciones trituradas para mejorar la tolerancia.

Alimentos cuyo consumo debe limitarse o evitarse

- Azúcar y productos con alto contenido de azúcares añadidos.
- Lácteos convencionales como leche, queso y yogur.
- Productos a base de trigo, incluyendo panes, pastas, tortillas de trigo y productos de pastelería.
- Bebidas alcohólicas y tabaco.
- Productos fritos y preparaciones que tengan exceso de grasa, como papas fritas, pollo frito, empanadas fritas, comida rápida.
- Alimentos ultraprocesados, como papas en paquete, chifles industriales, nachos, galletas de sabores o palomitas de microondas.
- Alimentos muy picantes (ají, salsa picante, chile).
- Cebolla y ajo, si provocan síntomas.

- Los alimentos que son excesivamente ácidos o que resulten irritantes para el sistema digestivo, por ejemplo: limón, naranja, toronja, tomate en exceso, vinagre.

Reintroducción de alimentos

En caso de haber suspendido la ingestión de algunos alimentos, su reincorporación debe hacérsela, vigilando la tolerancia de estos, y que no genere molestias digestivas, se debe incorporar un alimento a la vez y en días diferentes durante las primeras semanas.

Cebolla

Se puede añadir a distintas preparaciones, siguiendo una progresión gradual:

- Día 1: 1/8 de cebolla.
- Día 2: 1/4 de cebolla.
- Día 3: 1/4 de cebolla.
- Consumir siempre cocida, ya sea salteada, al horno o hervida.

Ajo

Iniciar con ajo en polvo como condimento. Si lo tolera, se puede utilizar aceite infundado con ajo para aportar sabor. Posteriormente, incorporar ajo fresco comenzando con aproximadamente 1/3 de diente por preparación.

Coliflor y brócoli

Consumir siempre bien cocidos. Inicialmente, utilizar únicamente las flores (árboles) y evitar los tallos, ya que suelen ser más difíciles de digerir.

Espárragos

Comenzar con porciones pequeñas y observar tolerancia. Si presenta molestias digestivas, priorizar el consumo de las puntas, que suelen ser mejor toleradas.

Evaluación Bioquímica:

Una vez implementado esta propuesta se recomienda realizar controles bioquímicos cada 3 meses del hemograma completo, perfil lipídico, determinación sérica de vitamina B12 y verificar la erradicación de *Helicobacter pylori*.

Conclusiones

La evaluación nutricional en su conjunto permitió identificar alteraciones en el estado nutricional, que se caracterizaban por bajo peso, baja masa muscular, bajo porcentaje graso y escasos registros de ingesta energética.

Para elaborar las recomendaciones se realizó la estimación de los requerimientos nutricionales y necesidades de energía, macronutrientes y líquidos, en base a los datos de su estado nutricional, condición clínica, sintomatología gastrointestinal y objetivo de aumento de peso.

La implementación de una estrategia nutricional, basada en la mejor evidencia científica disponible, desempeña un papel esencial en el manejo integral de las enfermedades gastrointestinales, lo que contribuye a mejorar el estado nutricional, la adherencia al tratamiento médico y la calidad de vida.

Es importante complementar la intervención nutricional con la introducción de cambios en los hábitos alimentarios, entre los que se incluye el fraccionamiento de la alimentación, mantener horarios alimentarios regulares y la identificación de alimentos desencadenantes.

Recomendaciones

Es importante que en casos que presente Gastritis, ERGE, H. Pylori, se considere las siguientes recomendaciones que servirán para mejorar el tiempo de recuperación y la calidad de vida:

- Realizar un seguimiento periódico del estado nutricional mediante la evaluación antropométrica, clínica, bioquímica y dietética, con el fin de monitorear la evolución y realizar ajustes oportunos en la intervención nutricional.
- Recalcular los requerimientos de energía y nutrientes en cada control nutricional, considerando la evolución clínica, los cambios en el peso corporal, la composición corporal y la sintomatología gastrointestinal, para garantizar una intervención acorde con las necesidades.
- Mantener una intervención nutricional individualizada, basada en la mejor evidencia científica disponible y adaptada a la tolerancia digestiva, con ajustes progresivos según la respuesta clínica, la adherencia al tratamiento y la evolución del estado nutricional.
- Promover la adherencia a las recomendaciones nutricionales mediante educación alimentaria continua, enfatizando el consumo de una alimentación equilibrada, el fraccionamiento de las comidas, el cumplimiento de horarios regulares, la adecuada hidratación y la identificación de alimentos que exacerben la sintomatología gastrointestinal.

Referencias bibliográficas

1. Raymond JL, Morrow K. Krause Dietoterapia. 15.^a ed. Elsevier; 2021. VanReken DW. Tratamiento nutricional médico en los trastornos del tubo digestivo superior. En: Raymond JL, Morrow K, editoras. *Krause. Mahan. Dietoterapia*. 15.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2021. p. 525-534.
2. Hani de Ardila AC, Cañadas-Garrido RA, Aponte-Martín DM, Ortiz-Chamorro AX, Bareño-Silva J, Ibarra-Burgos JA, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en adultos: actualización 2025. **Rev Colomb Gastroenterol**. 2025;40(Supl 3):3-31. doi:10.22516/25007440.1450.
3. Revista ACTA Gastroenterológica Latinoamericana [Internet]. Revista ACTA. 2015 [citado el 24 de junio de 2026]. Disponible en: <https://actagastro.org/>
4. Olmos JA, Pandolfino JE, Piskorz MM, Zamora N, Valdovinos Díaz MA, Remes Troche JM, et al. Consenso latinoamericano de diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. **Acta Gastroenterol Latinoam**. 2022;52(2):175-240. doi:10.52787/agl.v52i2.210.
5. García-Cruz E. Recomendaciones actuales para el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. **Clín Gastroenterol Méx**. 2026;26(2):19-25.
6. Schmulson MJ, Zaragoza-Galicia SA, Zárate-Villazón JF, Cruz-Rico CL, Mendoza-Domínguez G, Morales-Guzmán AS. Epidemiología y factores de riesgo contemporáneos de la enfermedad ácido-péptica. **Clín Gastroenterol Méx**. 2026;2(1):3-10. doi:10.24875/CGM.26000002.
7. Feyisa ZT, Woldeamanuel BT. Prevalence and associated risk factors of gastritis among patients visiting Saint Paul Hospital Millennium Medical College, Addis

- Ababa, Ethiopia. **PLoS One.** 2021;16(2):e0246619. doi:10.1371/journal.pone.0246619.
8. Guamán Sánchez MF, Martínez León MDR, Giler Zambrano MO, Rojas Lupercio BS. Análisis de la prevalencia de *Helicobacter pylori* en pacientes de consulta externa del Hospital José Félix Valdivieso. *MQRInvestigar.* 2025;9(4):1-11. doi:10.56048/MQR20225.9.4.2025.e1331.
 9. Mearin F, Ponce J, Ponce M, Balboa A, Bujanda L, Castro M, et al. **Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en el adulto.** Madrid: Asociación Española de Gastroenterología; 2019. Disponible en: <https://www.aegastro.es/documents/pdf/REFLUJO-GASTROESOF%C3%81GICO-1.pdf>
 10. da Silva DF, Lima RLV, Carrera-Bastos P, Ribeiro Maia D, Mendonça PML. Pathophysiological and nutritional aspects in the etiology and management of gastroesophageal reflux disease. **Br J Nutr.** 2025;133(8):1057-1070. doi:10.1017/S0007114525000649.
 11. Sadafi S, Azizi A, Pasdar Y, Shakiba E, Darbandi M. Risk factors for gastroesophageal reflux disease: a population-based study. **BMC Gastroenterol.** 2024;24(1):64. doi:10.1186/s12876-024-03143-9.
 12. Instituto de Investigación para el Desarrollo de la Nutriología SA (IIDENUT). Evaluación y tratamiento nutricional de los desórdenes del aparato digestivo. Módulo 7. Diplomado de Especialización Profesional en Nutrición Clínica. 2023.
 13. Lakananurak N, Pitisuttithum P, Susantitaphong P, Patcharatrakul T, Gonlachanvit S. The efficacy of dietary interventions in patients with gastroesophageal reflux disease: A systematic review and meta-analysis of

- intervention studies. *Nutrients* [Internet]. 2024;16(3):464. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/nu16030464>
14. Taraszewska A. Risk factors for gastroesophageal reflux disease symptoms related to lifestyle and diet. *Rocz Panstw Zakl Hig* [Internet]. 2021;72(1):21–8. Disponible en: <https://roczniki.pzh.gov.pl/pdf-182648-103144?filename=Risk-factors-for-gastroes.pdf>
 15. Herdiana Y. Functional food in relation to gastroesophageal reflux disease (GERD). *Nutrients*. 2023;15(16):3583. Available from: <https://doi.org/10.3390/nu15163583>
 16. Morozov S, Isakov V, Konovalova M. Fiber-enriched diet helps to control symptoms and improves esophageal motility in patients with non-erosive gastroesophageal reflux disease. *World J Gastroenterol*. 2018;24(21):2291-2299. doi:10.3748/wjg.v24.i21.2291. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5989243/>
 17. Cheng J, Ouwehand AC. Gastroesophageal reflux disease and probiotics: a systematic review. *Nutrients*. 2020;12(1):132. Available from: <https://doi.org/10.3390/nu12010132>
 18. Guamán Sánchez MF, Martínez León MDR, Giler Zambrano MO, Rojas Lupercio BS. Análisis de la prevalencia de *Helicobacter pylori* en pacientes de consulta externa del Hospital José Félix Valdivieso. *MQRInvestigar*. 2025;9(4):1-11. doi:10.56048/MQR20225.9.4.2025.e1331.
 19. Li J, Xu X, Yang S, Liu K, Wu M, Xie M, et al. *Helicobacter pylori* inhibition, gastritis attenuation, and gut microbiota protection in C57BL/6 mice by *Ligilactobacillus salivarius* NCUH062003. *Microorganisms*. 2024;12(12):2521. doi:10.3390/microorganisms12122521.

20. Gudej S, Filip R, Harasym J, Wilczak J, Dziendzikowska K, Oczkowski M, et al. Clinical outcomes after oat beta-glucans dietary treatment in gastritis patients. *Nutrients*. 2021;13(8):2791. doi:10.3390/nu13082791.
21. Balderrama-Gómez A, Muñoz-Pérez VM, Ortiz MI, Cariño-Cortés R, Castro-Rosas J, Betanzos A, Fernández-Martínez E, Castillo-Juárez I. Using caprylic acid for the prevention and treatment of *Helicobacter pylori* infection and gastric cancer: a review. *Metabolites*. 2025;15(9):629. doi:10.3390/metabo15090629.
22. Li M and Xie Y (2025) Efficacy and safety of *Saccharomyces boulardii* as an adjuvant therapy for the eradication of *Helicobacter pylori*: a meta-analysis. *Front. Cell. Infect. Microbiol.* 15:1441185. doi: 10.3389/fcimb.2025.1441185
23. Bendavid I, Lobo DN, Barazzoni R, Cederholm T, Coëffier M, de van der Schueren M, et al. The centenary of the Harris–Benedict equations: How to assess energy requirements best? Recommendations from the ESPEN expert group. *Clin Nutr.* 2021;40(3):690-701. doi:10.1016/j.clnu.2020.11.012.
24. Thibault R, Abbasoglu O, Ioannou E, Meija L, Ottens-Oussoren K, Pichard C, et al. ESPEN guideline on hospital nutrition. *Clin Nutr.* 2021;40(12):5684-5709. doi:10.1016/j.clnu.2021.09.039.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Aguirre Suárez, Xiomara Pauleth, con C.C: # 0706899424 autor(a) del trabajo de titulación: Propuesta de abordaje nutricional y dietoterapéutico basado en evidencia para el manejo integral de un paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico, gastritis crónica y hernia hiatal previo a la obtención del grado de **MAGÍSTER EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN NUTRICIÓN CLÍNICA** 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 graduación 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 graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 22 de septiembre de 2026.



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**XIOMARA PAULETH
AGUIRRE SUAREZ**

f. _____

Nombre: Aguirre Suárez, Xiomara Pauleth
C.C: 0706899424



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Propuesta de abordaje nutricional y dietoterapéutico basado en evidencia para el manejo integral de un paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico, gastritis crónica y hernia hiatal		
AUTORA	Xiomara Pauleth Aguirre Suárez		
REVISOR/TUTORA	Ing. Carlos Luis Poveda Loo, Mgs. / Dra. Katherine Correa Asanza, PhD.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Subsistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Nutrición y Dietética con mención en Nutrición Clínica		
GRADO OBTENIDO:	Magíster en Nutrición y Dietética con mención en Nutrición Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	22-09-2026	No. DE PÁGINAS:	56
ÁREAS TEMÁTICAS:	Nutrición clínica, enfermedad del aparato digestivo		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Nutrición clínica, estado nutricional, gastritis crónica, enfermedad por reflujo gastroesofágico, Helicobacter pylori, terapia nutricional		

RESUMEN/ABSTRACT

La nutrición desempeña un papel relevante en el abordaje de las enfermedades gastrointestinales, especialmente cuando la presencia de síntomas conduce a reducir o eliminar diferentes alimentos de la dieta. Cuando estas restricciones se mantienen sin una adecuada valoración, pueden afectar la ingesta y contribuir al deterioro del estado nutricional. Por esta razón, las recomendaciones alimentarias deben adaptarse a las necesidades nutricionales, condición clínica y tolerancia individual. El caso clínico corresponde a una persona de 26 años con antecedentes de reflujo gastroesofágico, gastritis crónica moderada antral asociada a Helicobacter pylori y hernia hiatal, que presentaba diferentes manifestaciones gastrointestinales. A partir de la evaluación nutricional se identificaron alteraciones caracterizadas por bajo peso, baja masa muscular, bajo porcentaje de grasa corporal y escasos registros de ingesta energética, hallazgos que evidenciaron la necesidad de plantear estrategias dirigidas a mejorar su estado nutricional. Con base en la información obtenida durante la valoración, se estimaron los requerimientos individuales de energía, macronutrientes y líquidos, considerando el estado nutricional, la condición clínica, la sintomatología gastrointestinal y el objetivo de aumento de peso. A partir de estos resultados se elaboró una propuesta nutricional que contempló el fraccionamiento de la alimentación, el establecimiento de horarios regulares de comida, la identificación de posibles alimentos desencadenantes y la adaptación de la alimentación de acuerdo con la tolerancia individual, con el propósito de evitar restricciones innecesarias. En conclusión, la evaluación realizada permitió reconocer la presencia de alteraciones importantes en el estado nutricional y orientar la estimación de las necesidades nutricionales del caso. A partir de estos hallazgos, se estableció una propuesta sustentada en la evidencia científica disponible, en la que se consideraron tanto los requerimientos de energía y nutrientes como modificaciones en los hábitos alimentarios. Este tipo de abordaje puede complementar el tratamiento médico de las enfermedades gastrointestinales, favorecer una alimentación nutricionalmente adecuada y contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida.

ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-990590835	E-mail: xiomara.aguirre@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Alexandra Josefina Bajaan Guerra	
	Teléfono: +593-4-3804600	
	E-mail: alexandra.bajana@cu.ucsg.edu.ec	

ECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	