



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

TEMA:

**Propuesta de abordaje nutricional integral en paciente joven con
enfermedad autoinmune sistémica y compromiso gastrointestinal
crónico**

AUTORA:

Andrade Sánchez Evelyn Jazmín

**Previo a la obtención del grado Académico de:
MAGÍSTER EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN
NUTRICIÓN CLÍNICA**

TUTORA:

Dra. Celi Mero Martha Victoria, Mgs.

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 Evelyn Jazmín Andrade Sánchez**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magister en Nutrición Clínica**.

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Dra. Martha Victoria Celi Mero, Mgs.

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, Evelyn Jazmín Andrade Sánchez

DECLARO QUE:

El Proyecto de Investigación **Propuesta de abordaje nutricional integral en paciente joven con enfermedad autoinmune sistémica y compromiso gastrointestinal crónico** previa a la obtención del **Grado Académico de Magister 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

Evelyn Andrade S.

Evelyn Jazmín Andrade Sánchez



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

AUTORIZACIÓN

Yo, Evelyn Jazmín Andrade Sánchez

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Examen Complexivo de la Maestría en Nutrición Clínica** titulada: **Propuesta de abordaje nutricional integral en paciente joven con enfermedad autoinmune sistémica y compromiso gastrointestinal crónico** 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

Evelyn Andrade S.

Evelyn Jazmín Andrade Sánchez



**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

Caso Clinico en formato completo corr 30.8

ID : 4d77cf69cd9f646d53fae3a3c29e3eae6025efc



3%
Textos sospechosos

Nombre del fichero : Caso Clinico en formato completo corr 30.8.txt

Tamaño del archivo original : 15,36 MB

Número de palabras : 15.589

Depositante : Martha Dennis Tirape Cazorla

Fecha de depósito : 18 de septiembre de 2026

Tipo de carga : Interface

fecha de fin de análisis : 18 de septiembre de 2026

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :



Similitudes

3%

Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.



Agradecimiento

Agradezco a Dios por brindarme fortaleza, sabiduría y perseverancia para superar cada desafío en esta importante etapa de mi vida profesional y permitirme alcanzar esta meta muy importante en mi vida.

A mi familia en especial a mis padres, tíos y novio, por ser mi apoyo incondicional, por creer en mí incluso en los momentos de incertidumbre, por acompañarme durante este proceso y por recordarme siempre que todo esfuerzo tiene su recompensa.

Expreso también mi profundo agradecimiento a mis docentes y tutores de la Maestría en Nutrición Clínica, quienes con sus conocimientos, experiencia y orientación contribuyeron significativamente a mi crecimiento académico y profesional. De manera especial, agradezco a quienes acompañaron el desarrollo de esta investigación, por sus valiosas sugerencias, enseñanzas y disposición durante todo el proceso.

A todos quienes formaron parte de este camino, mi más profundo y sincero agradecimiento.

Evelyn Jazmín Andrade Sánchez

Dedicatoria

A mis padres, **Guadalupe y Galo**, por ser mi mayor ejemplo de esfuerzo, amor, perseverancia y superación. Gracias por enseñarme desde siempre a luchar por mis sueños, por confiar en mis capacidades y por acompañarme en cada etapa de mi vida. Este logro también es de ustedes, porque detrás de cada paso que he dado ha estado su amor, sus enseñanzas y su apoyo incondicional.

A mis tíos, **Alberto y Maritza**, por el apoyo y confianza que siempre me han brindado y por amarme y cuidarme como una hija. Gracias por estar pendientes en mi vida, por sus palabras de aliento, apoyo incondicional aún en la distancia y por ser parte de las personas que han contribuido a que pueda alcanzar esta meta.

A mi compañero de vida, **Christopher** por haber sido quien creyó en mí y en mis capacidades incluso antes de que yo misma pudiera hacerlo. Gracias por impulsarme a dar el primer paso hacia este sueño que estaba postergado hace 4 años, por motivarme a continuar con mi formación profesional y por hacer todo lo que estuvo a tu alcance para que pudiera iniciar esta maestría.

Gracias por no dejar que mis dudas, mis miedos o las circunstancias fueran más grandes que mis sueños; por insistir cuando yo necesitaba un impulso y por recordarme que siempre podía aspirar a más. Detrás de este logro también existe una parte de ti, porque fuiste quien me ayudó a abrir la puerta hacia este camino que hoy, con orgullo y emoción, puedo decir que logré recorrer.

Gracias por acompañarme, por confiar en mí, por celebrar mis avances y por estar presente en los momentos en los que el cansancio y las dificultades hicieron que este camino pareciera interminable. Hoy, al mirar atrás y ver todo lo que he conseguido, sé que una parte de este sueño comenzó gracias a ti. Por eso, esta meta también lleva un pedacito de tu esfuerzo, de tu confianza y de tu amor.

Evelyn Jazmín Andrade Sánchez

Índice General

Introducción	1
1. Problemática	4
2. Objetivos	9
3. Contexto del caso clínico	10
4. Metodología	22
5. Propuesta de intervención nutricional	27
6. Conclusiones	41
7. Recomendaciones	42
Listado de referencias	48
Apéndices.....	52

Índice de Tablas

Tabla 1. Requerimiento 24horas	9
Tabla 2. Requerimientos nutricionales estimados	12
Tabla 3. Síntesis clínica y nutricional del caso.....	20
Tabla 4. Línea de tiempo clínica resumida.....	20
Tabla 5. Fuentes de información y uso en el trabajo	25
Tabla 6. Variables clínicas y nutricionales propuestas.....	26
Tabla 7. Diagnósticos nutricionales tipo PES	27
Tabla 8. Datos mínimos para la valoración inicial	31
Tabla 9. Opciones de alimentación en la fase de estabilización.....	33
Tabla 10. Progresión dietética por fases.....	35
Tabla 11. Plan alimentario orientativo de siete días	35
Tabla 12. Alimentos recomendados y alimentos a limitar	36
Tabla 13. Manejo nutricional de síntomas específicos.....	36
Tabla 14. Suplementos y micronutrientes: indicaciones y precauciones.....	37
Tabla 15. Mensajes educativos para la paciente y su familia	38
Tabla 16. Indicadores de monitoreo y metas.....	39
Tabla 17. Formato de recordatorio de 24 horas.....	49
Tabla 18. Diario de síntomas digestivos	49
Tabla 19. Criterios de alta nutricional segura.....	50
Tabla 20. Matriz de seguimiento bioquímico y clínico	51

Índice de Figuras

Figura 1. Interacción fisiopatológica entre autoinmunidad, compromiso gastrointestinal y deterioro nutricional	3
Figura 2. Criterios GLIM para el diagnóstico de la desnutrición	16
Figura 3. Nutricional Risk Screeaning 2002 – (NRS 2002)	17
Figura 4. Secuencia de intervención nutricional por fases	29

Resumen

El lupus eritematoso sistémico y la enfermedad de Sjögren son trastornos autoinmunes crónicos de carácter multisistémico. La coexistencia de ambas enfermedades puede ocasionar síntomas gastrointestinales, cambios hematológicos, cansancio, xerostomía y afectación renal. La inflamación sostenida, las molestias digestivas y el tratamiento con glucocorticoides e inmunoterapia pueden limitar la ingesta alimentaria. Esta combinación incrementa la probabilidad de pérdida de masa muscular, carencias de micronutrientes, alteraciones electrolíticas y problemas asociados con la inocuidad de los alimentos. Ante la complejidad del caso, marcado por una superposición autoinmune y un compromiso gastrointestinal crónico, el trabajo se orientó a diseñar una intervención nutricional integral, gradual y susceptible de seguimiento mediante indicadores medibles. Para ello, se desarrolló un estudio de caso aplicado, organizado conforme al Proceso de Atención Nutricional. La evaluación contempló los instrumentos de tamizaje NRS-2002 y MUST, la valoración global subjetiva y los criterios GLIM. Además, se consideraron guías actualizadas de nutrición clínica, gastroenterología, reumatología y nefrología. La propuesta se distribuyó en cinco fases: valoración, estabilización, egreso temprano, recuperación de la masa magra y mantenimiento. Entre las principales medidas se contemplaron una alimentación fraccionada, cocida y con textura adaptada; un aporte proteico suficiente, ajustado según la función renal; el control del sodio; la corrección de deficiencias nutricionales; la prevención del síndrome de realimentación y la educación de la familia.^{6-9,11,15,18,20,22,24-25}

Palabras clave: nutrición clínica; lupus eritematoso sistémico; enfermedad de Sjögren; enfermedad gastrointestinal; malnutrición; soporte nutricional; inmunosupresión.

Abstract

Systemic lupus erythematosus and Sjögren disease are chronic multisystem autoimmune disorders that may coexist with gastrointestinal manifestations, hematologic abnormalities, fatigue, xerostomia, and renal involvement. Persistent inflammation, digestive symptoms, glucocorticoid exposure, and immunotherapy increase the risk of inadequate intake, loss of muscle mass, micronutrient deficiencies, electrolyte disturbances, and food-safety complications. This study aimed to structure a comprehensive, progressive, and measurable nutritional intervention for a complex clinical case involving autoimmune overlap and chronic gastrointestinal impairment. An applied case-study design was used, integrating the Nutrition Care Process, NRS-2002/MUST screening, Subjective Global Assessment, and GLIM criteria with current clinical nutrition, gastroenterology, rheumatology, and nephrology guidelines. The proposal was organized into five phases: assessment, stabilization, early discharge, lean-mass recovery, and maintenance. Key priorities included small frequent meals, cooked foods and adapted textures, adequate protein adjusted to renal function, sodium control, correction of deficiencies, prevention of refeeding syndrome, and family education. Nutritional care should be incorporated early into interdisciplinary management and monitored through anthropometric, functional, dietary, clinical, and biochemical indicators.

Keywords: clinical nutrition; systemic lupus erythematosus; Sjögren disease; gastrointestinal disease; malnutrition; nutrition support; immunosuppression.

Introducción

Generalidades y antecedentes

El lupus eritematoso sistémico (LES) constituye una enfermedad autoinmune de expresión heterogénea, cuyo desarrollo se relaciona con la pérdida de tolerancia inmunológica, la generación de autoanticuerpos, la activación del complemento y la aparición de lesiones en distintos órganos. Su curso clínico suele transcurrir entre etapas de actividad y periodos de remisión. Las manifestaciones varían entre pacientes e incluyen fatiga y dolor, así como afectaciones en la piel, las articulaciones y los riñones. También pueden verse comprometidos los sistemas hematológico, nervioso, pulmonar y gastrointestinal.(1,2)

La enfermedad de Sjögren es una enfermedad autoinmune sistémica cuyo rasgo cardinal es la infiltración linfocítica de las glándulas exocrinas, con xerostomía y xeroftalmía, en el ámbito mundial, la incidencia estimada del LES alcanza cerca de 5,14 casos por cada 100.000 personas-año, mientras que su prevalencia se sitúa en aproximadamente 43,7 casos por cada 100.000 habitantes, esta enfermedad afecta con una frecuencia notablemente mayor a las mujeres, sin embargo, las cifras epidemiológicas no son uniformes, pues varían según los criterios diagnósticos utilizados, las características de la población y el diseño de cada estudio. Revisiones recientes sitúan la prevalencia poblacional entre el 0,01 % y el 0,05 %.(2–4)

Cuando el LES y la enfermedad de Sjögren coexisten y se acompañan de síntomas digestivos crónicos, el riesgo nutricional aumenta por la convergencia de varios factores. Entre ellos se encuentran la disminución de la ingesta, la inflamación sistémica, el catabolismo, las pérdidas gastrointestinales, las alteraciones del vaciamiento gástrico, las restricciones alimentarias no supervisadas y los efectos metabólicos de los tratamientos, en este contexto, la nutrición clínica no es una intervención accesoria, sino un componente terapéutico que debe coordinarse con reumatología, gastroenterología, nefrología, medicina interna y salud mental.(5–7)

Relevancia nutricional de las patologías

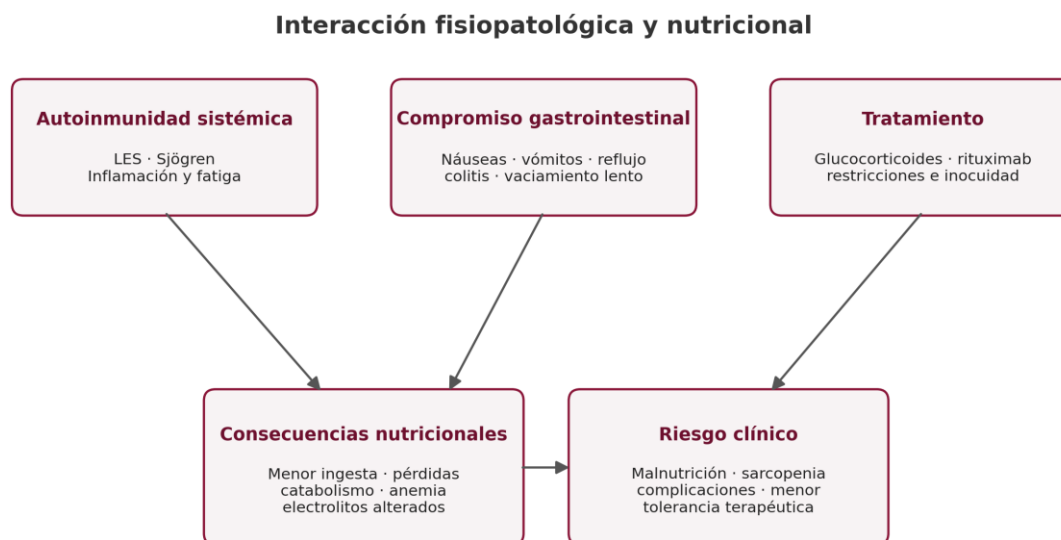
La inflamación persistente puede reducir el apetito y contribuir a la disminución de la masa magra, en las personas con LES se han observado valores inferiores de fuerza y masa muscular, además de un menor desempeño físico respecto de los grupos de comparación.

Por ello el monitoreo nutricional no debería basarse únicamente en el peso corporal, la dinamometría, la estimación de la circunferencia muscular y las pruebas funcionales complementan la valoración clínica, pues permiten evaluar la recuperación y detectar oportunamente el riesgo de discapacidad.(8)

En las personas con enfermedad de Sjögren, la xerostomía puede interferir con la masticación y la deglución, disminuir el disfrute de las comidas y condicionar la selección de alimentos. También incrementa el riesgo de caries. Frente a estas dificultades, las preparaciones húmedas y la hidratación frecuente pueden facilitar la ingesta. El seguimiento odontológico resulta igualmente necesario, mientras que las restricciones alimentarias sin una justificación clínica deben evitarse, debido a que la evidencia sobre intervenciones nutricionales específicas para esta enfermedad todavía es limitada, la prescripción debe responder a los síntomas, garantizar la suficiencia nutricional y resguardar la seguridad del paciente.(4,6,9)

Las manifestaciones gastrointestinales añaden otro desafío, tanto el vómitos, com el reflujo, el dolor abdominal, la colitis y el posible enlentecimiento del vaciamiento gástrico disminuyen el volumen de alimentos tolerado en cada comida y favorecen periodos prolongados de ayuno. Las guías actuales recomiendan ajustar temporalmente la textura y el contenido de grasa y fibra según la fase clínica, sin descuidar la valoración periódica del riesgo de malnutrición. Cuando los síntomas mejoren y la tolerancia lo permita, la alimentación debe avanzar de manera gradual hacia un patrón más variado.¹¹⁻

Figura 1. Interacción fisiopatológica entre autoinmunidad, compromiso gastrointestinal y deterioro nutricional.



Autor: Lcda. Evelyn Andrade S. con base en las referencias. (6).

Propósito y organización del trabajo

Este examen complejo se presenta bajo la modalidad de estudio de caso aplicado. Su desarrollo parte de una descripción anonimizada del contexto clínico, seguida de la identificación de los principales problemas nutricionales, la metodología empleada para la valoración y una propuesta de intervención organizada por fases, para respaldar el análisis y facilitar el seguimiento, el documento incluye tablas numeradas, figuras, fuentes claramente identificadas, conclusiones, recomendaciones, referencias elaboradas según el estilo Vancouver y apéndices de carácter operativo. (6)

1. Problemática

1.1 Descripción del problema

El principal desafío clínico es el elevado riesgo de deterioro nutricional, asociado con la concurrencia de autoinmunidad sistémica, compromiso gastrointestinal crónico, anemia, alteraciones electrolíticas y uso prolongado de medicamentos inmunomoduladores; esta combinación puede generar un ciclo en el que los síntomas limitan la ingesta, la inflamación incrementa los requerimientos y acelera el catabolismo, mientras la malnutrición reduce la tolerancia al tratamiento y afecta la capacidad funcional.(9,10)

El LES puede ocasionar alteraciones hematológicas, renales y gastrointestinales, a las que se suman la xerostomía, las dificultades para alimentarse y la fatiga asociadas con el síndrome de Sjögren, los episodios recurrentes de vómito y dolor abdominal requieren valorar una posible deshidratación, hipopotasemia, intolerancia a grandes volúmenes y riesgo de aversión alimentaria; al mismo tiempo, la presencia de edema y la eventual proteinuria impiden establecer aportes de proteínas o líquidos sin una evaluación individualizada.(10,11)

1.2 Magnitud epidemiológica y contexto territorial

El LES constituye una enfermedad poco frecuente, pero de alta complejidad clínica. El análisis global de Tian y colaboradores estimó una incidencia de 5,14 por 100 000 personas-año y una prevalencia de 43,7 por 100 000 habitantes. La afectación femenina es marcadamente mayor, lo que refuerza la relevancia de la enfermedad en adolescentes y mujeres jóvenes.(12)

En la enfermedad de Sjögren no existe una cifra epidemiológica única, debido a la diversidad de criterios diagnósticos y fuentes de información utilizadas. Una revisión reciente estimó una prevalencia aproximada de entre el 0,01 % y el 0,05 %. Esta enfermedad puede aparecer de manera primaria o asociarse con otras conectivopatías, entre ellas el LES. Su compromiso sistémico, sin embargo, puede pasar inadvertido cuando el cuadro se interpreta exclusivamente como un síndrome seco.(5,6)

En Ecuador, la información disponible sigue siendo fragmentaria, una cohorte pediátrica realizada en Guayaquil incluyó a 71 pacientes con LES juvenil y encontró una

frecuencia considerable de compromiso renal e hipoalbuminemia, aunque estos resultados aportan evidencia sobre la realidad clínica local, no permiten calcular la prevalencia de la enfermedad en el ámbito nacional. Para enfermedad inflamatoria intestinal, un estudio de tres centros de referencia del Seguro Social reportó una prevalencia estimada de 5,2 por 100 000 habitantes; la distribución de casos incluyó una representación mínima de Loja, por lo que no constituye una estimación específica de la ciudad.(9,10)

La anemia también representa un problema nutricional y de salud pública. El indicador internacional del Banco Mundial, basado en estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, informó para Ecuador una prevalencia cercana al 20% en mujeres de 15 a 49 años en 2023. En un caso con inflamación y posible hemólisis, esta cifra contextualiza el problema, aunque la etiología individual debe establecerse mediante biometría hemática, perfil férrico y evaluación médica. (9,10)

No se localizaron estimaciones poblacionales recientes específicas para LES o Sjögren en la ciudad de Loja. Esta ausencia de datos locales es una limitación epidemiológica relevante y justifica presentar el contexto con información global, nacional y de cohortes ecuatorianas, evitando extrapolar cifras de referencia como si fueran prevalencias locales. (9,10)

1.3 Implicaciones nutricionales y asistenciales

El riesgo de malnutrición debe valorarse mediante un proceso estructurado. De acuerdo con los criterios GLIM, el diagnóstico requiere la presencia de al menos un criterio fenotípico y uno etiológico, como la reducción de la ingesta o la inflamación, si no se dispone de información antropométrica completa, lo adecuado es registrar el alto riesgo nutricional, completar las mediciones pendientes y evitar un diagnóstico definitivo hasta contar con evidencia objetiva.(13,14)

Una alimentación con mayor aporte proteico puede contribuir a recuperar la masa magra cuando la función renal se encuentra conservada; no obstante, la cantidad de proteína debe calcularse por kilogramo de peso seco y revisarse ante la presencia de edema, proteinuria o deterioro renal, el control del sodio también adquiere relevancia debido al edema y al uso de corticoides, mientras que el aporte de líquidos debe definirse según la condición clínica y la evolución del paciente.(4,8)

La inmunosupresión obliga a ampliar la educación alimentaria, recomendar simplemente que “todo esté cocido” resulta insuficiente, el paciente y su familia necesitan orientación sobre la selección y refrigeración de los alimentos, las temperaturas adecuadas de cocción, el manejo seguro de las sobras, el consumo de productos pasteurizados y la prevención de la contaminación cruzada; estas medidas de seguridad deben acompañarse de una alimentación suficiente y variada, sin imponer restricciones que puedan disminuir todavía más la ingesta.(11)

1.4 Brecha de atención y sistematización del problema

La información clínica disponible registra bajo peso y reducción de la masa muscular; sin embargo, omite datos indispensables para completar la valoración nutricional, entre ellos el peso actual, la talla, el porcentaje de pérdida ponderal, las circunferencias corporales, la fuerza de prensión y la composición corporal.

La ausencia de estas mediciones impide establecer con exactitud los requerimientos nutricionales y limita la evaluación objetiva de los cambios durante el seguimiento; además, las recomendaciones dietéticas indicadas al alta necesitan convertirse en pautas aplicables a la vida cotidiana, con horarios de alimentación, porciones definidas, criterios para progresar la dieta, señales de alarma y variables concretas para monitorear la evolución.(7,8)

El análisis del problema se organiza alrededor de cinco preguntas clínicas. ¿Cuál es el grado de riesgo nutricional o malnutrición? ¿Qué síntomas están limitando la ingesta? ¿Qué aporte de energía y proteína resulta seguro ante un posible compromiso renal? ¿Cómo pueden prevenirse las infecciones transmitidas por alimentos durante la inmunosupresión?, y por ultimo ¿qué variables permitirán comprobar una mejoría durante las doce semanas de seguimiento?(6,10)

1.5 Delimitación

Este trabajo se circunscribe al diseño académico de una intervención nutricional elaborada a partir de una epicrisis y de notas de evolución hospitalaria anonimizadas. La propuesta no reemplaza la valoración presencial ni las decisiones terapéuticas del equipo tratante.

El seguimiento abarca doce semanas, desde la evaluación inicial hasta la fase de

mantenimiento, durante ese periodo, los ajustes deberán responder a la tolerancia alimentaria, la actividad inflamatoria, la función renal y los resultados de laboratorio.¹⁵⁻¹⁸

1.6 Justificación

La complejidad de este caso sustenta su análisis en el marco de la maestría, ya que requiere integrar conocimientos de nutrición clínica, fisiopatología, gastroenterología, reumatología, nefrología, inocuidad alimentaria y educación familiar; desde la perspectiva académica, el reto principal radica en interpretar información clínica incompleta y convertir recomendaciones generales en una intervención progresiva, segura, evaluable y fundamentada en evidencia.^(4,8)

1.7 Pregunta orientadora

¿Cómo diseñar una intervención nutricional integral, segura y progresiva que, además de responder a las necesidades clínicas de una persona joven con enfermedad autoinmune sistémica, permita medir sus resultados?, la propuesta debe considerar el compromiso gastrointestinal crónico, la anemia, las alteraciones electrolíticas y el riesgo de malnutrición, sin perder de vista la inmunosupresión, la corticoterapia ni el posible deterioro de la función renal.^{15-18,21,24,27}

Para responder a esta pregunta, el trabajo analiza el caso de una paciente joven con enfermedad autoinmune sistémica, síndrome seco compatible con Sjögren y lupus eritematoso sistémico, su cuadro clínico incluía compromiso gastrointestinal crónico, antecedentes de colitis linfocitaria, vómitos recurrentes, dolor abdominal de larga evolución, anemia, hipopotasemia y signos de deterioro nutricional.

El eje del análisis es la probable afectación del estado nutricional, en un contexto donde la enfermedad y el tratamiento actúan de manera simultánea sobre la ingesta y los requerimientos, La paciente ingresó por náuseas, vómitos, cefalea y edema, entre sus antecedentes constaban colitis linfocitaria, proctocolitis mucosa, reflujo gastroesofágico, esofagitis y páncreas ectópico.

Durante la evolución hospitalaria persistieron los vómitos y el dolor abdominal; al inicio, la tolerancia se limitó a líquidos. También se documentaron bajo peso, disminución de la masa muscular, anemia e hipopotasemia.

En conjunto, estos hallazgos sugieren una interacción entre la ingesta insuficiente, las pérdidas gastrointestinales, la inflamación sistémica y el catabolismo, la relevancia académica del caso radica precisamente en esa complejidad: obliga a relacionar los síntomas digestivos persistentes con la exposición a glucocorticoides e inmunoterapia, el riesgo de déficit proteico-energético, los desequilibrios electrolíticos y la necesidad de una educación alimentaria rigurosa durante la inmunosupresión.

SUBJETIVO

Paciente de 18 años, estudiante y residente en Loja, Ecuador. Entre sus antecedentes digestivos constan colitis linfocitaria, proctocolitis mucosa, enfermedad por reflujo gastroesofágico con esofagitis y páncreas ectópico. También se registra una intervención quirúrgica previa para la resección de un quiste del uraco. No se reportan alergias ni consumo de alcohol, tabaco o drogas.

No se reportan alergias, consumo de alcohol, tabaco ni drogas. En los hábitos iniciales se menciona alimentación tres veces al día descrita como balanceada; sin embargo, la evolución clínica posterior muestra que la tolerancia oral se vio comprometida por náuseas, vómitos, dolor abdominal y episodios de ayuno por procedimientos.

OBJETIVO

Durante la hospitalización se documentaron una talla de 1.54m y un peso de 40,7 kg, IMC: 17,16 kg/m², circunferencia de pantorrilla 28cm, Dinamometría: 16 kg, porcentaje de grasa corporal 17,3%, porcentaje de musculo esquelético 19,6%, palidez generalizada y masa muscular disminuida.

Los análisis iniciales mostraron hemoglobina de 10,4 g/dL, trombocitosis, hipopotasemia, amilasa elevada y función renal conservada, durante la evolución, la hemoglobina descendió hasta 7,1 g/dL, el déficit de potasio se hizo más pronunciado y el magnesio se mantuvo en un rango bajo-normal. Ante el agravamiento de la anemia, fue necesaria una transfusión.

El tránsito con bario sugirió un enlentecimiento del vaciamiento gástrico, posiblemente relacionado con el páncreas ectópico o con una alteración funcional de la salida gástrica, posteriormente, los estudios inmunológicos reportaron anti-SSA/Ro superior a 200, disminución de C3 y C4, y ANA con título de 1:320.

Tabla 1. Recordatorio 24h

Recordatorio 24h		
800-1000kcal estimadas		
Macronutriente	Distribución %	Gramos
Carbohidratos	60%	120g
Proteínas	15%	30g
Grasas	25%	22.2 %

Autor y Fuente: Lcda. Evelyn Andrade S. a partir de la evolución hospitalaria desidentificada.

Como signos y síntomas clínicos del paciente se reflejó en el caso náuseas y vómitos, la enfermedad actual se caracterizó por cefalea intensa, aproximadamente 10 vómitos y edema de pies, además en el examen físico inicial se describió mucosa oral seca, dolor abdominal en marco colónico y signos vitales relativamente estables, la impresión diagnóstica incluyó colitis linfocitaria, proctocolitis mucosa, reflujo gastroesofágico/esofagitis, páncreas ectópico e hipopotasemia.

ANALISIS

La combinación de estos factores otorga al caso una especial relevancia para la nutrición clínica, los síntomas gastrointestinales reducen la ingesta; la inflamación sistémica favorece el catabolismo; la corticoterapia altera el metabolismo y la composición corporal; y la inmunosupresión obliga a reforzar las medidas de inocuidad alimentaria.

El abordaje nutricional de las enfermedades autoinmunes con afectación digestiva debe evitar dos extremos: imponer restricciones sin suficiente respaldo clínico o prescribir dietas hiperproteicas y suplementos sin un seguimiento adecuado, la intervención necesita ajustarse a la tolerancia real de la paciente, la función renal, la actividad inflamatoria, la presencia de edema y los desequilibrios electrolíticos.

También deben considerarse la anemia, el riesgo de deterioro óseo asociado con el uso de corticoides y sus condiciones sociales, bajo esta perspectiva, la nutrición forma parte del tratamiento integral y no constituye una recomendación secundaria.(8,10)

Las guías clínicas actuales aportan criterios para orientar este manejo, ESPEN enfatiza el tamizaje nutricional, la prevención de la malnutrición y la corrección de deficiencias en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal; Por su parte, las recomendaciones sobre enfermedad renal y nefritis lúpica destacan el control del sodio y la individualización del aporte proteico cuando existe proteinuria o compromiso de la función renal.

Los criterios GLIM complementan esta valoración al establecer que el diagnóstico de malnutrición debe combinar hallazgos fenotípicos y etiológicos, con la información clínica disponible, resulta prudente clasificar provisionalmente a la paciente como de alto riesgo nutricional, mientras se completan las mediciones necesarias para confirmar o descartar el diagnóstico.(9,11)

Desde el punto de vista nutricional, la paciente tiene varios factores de riesgo simultáneos, los episodios recurrentes de vómito y náusea disminuyen la ingesta de energía y proteínas, además de incrementar el riesgo de deshidratación, hipopotasemia y aversión alimentaria; a esta situación se añaden el dolor abdominal y la sospecha inicial de afectación ileal, factores que podrían ocasionar restricciones dietéticas innecesarias o prolongadas. La inflamación sistémica vinculada con el lupus y el síndrome de Sjögren también puede alterar el metabolismo proteico, reducir el apetito y favorecer la fatiga y la pérdida de masa magra.(13,15)

En cuarto lugar, la corticoterapia puede aumentar apetito de forma irregular, favorecer retención de sodio, edema, cambios glucémicos, pérdida de masa ósea y redistribución de grasa corporal. En una paciente con bajo peso y masa muscular reducida, el uso de corticoides obliga a proteger proteína, calcio, vitamina D y actividad física progresiva. En quinto lugar, el tratamiento con rituximab y el estado de inmunosupresión exigen una educación rigurosa sobre inocuidad alimentaria, la orientación debe incluir selección de alimentos seguros, lavado de manos y utensilios, refrigeración adecuada, cocción completa y exclusión de productos crudos o no pasteurizados.(13,16)

El caso plantea una tensión clínica entre dos necesidades igualmente relevantes, por una parte, se requiere un aporte proteico suficiente para favorecer la recuperación de la masa magra; por otra, debe evitarse una dieta hiperproteica indiscriminada si existe proteinuria, edema o daño renal.

Aunque la función renal se registró como conservada y la proteinuria no se describió claramente en rango nefrótico, la presencia de edema, hipocomplementemia y sospecha de enfermedad autoinmune hace necesario mantener vigilancia renal, la propuesta contempla proteínas de alto valor biológico, calculadas por kilogramo de peso, con seguimiento periódico y sin aportes excesivos.(4,6)

La relación entre la enfermedad autoinmune y el estado nutricional es bidireccional, la inflamación sistémica puede provocar anorexia, fatiga, catabolismo proteico y pérdida de masa muscular, en un proceso mediado por el aumento de citocinas inflamatorias.

A su vez, la malnutrición puede debilitar la respuesta inmunitaria, retrasar la cicatrización y reducir la tolerancia al tratamiento y la calidad de vida, la pérdida de masa magra adquiere especial importancia en pacientes jóvenes, pues compromete la capacidad funcional, el desempeño académico, la salud ósea y la recuperación a largo plazo.(2,10)

El compromiso gastrointestinal añade otra vía de deterioro, las náuseas, los vómitos, el reflujo, el dolor abdominal y el enlentecimiento del vaciamiento gástrico disminuyen la cantidad de alimentos que la paciente puede tolerar en cada comida, en estas condiciones, un esquema convencional de tres comidas diarias puede resultar insuficiente, incluso cuando la calidad de los alimentos sea adecuada, conviene recurrir a porciones pequeñas y frecuentes, con un contenido inicial moderado de grasa, proteínas distribuidas a lo largo del día y una textura ajustada a los síntomas, la progresión dependerá de la tolerancia individual.^{6,13,14}

La anemia puede responder a varios mecanismos: inflamación crónica, deficiencia de hierro, pérdidas gastrointestinales, hemólisis autoinmune o efectos propios de la enfermedad sistémica, en este caso se registraron hemoglobina y hierro sérico bajos, junto con ferritina elevada y una prueba de Coombs directo positiva.

Este perfil impide interpretar la ferritina de manera aislada como un indicador confiable de las reservas de hierro en presencia de inflamación, la intervención nutricional incluye fuentes dietéticas de este mineral, mientras que la necesidad de suplementación deberá evaluarse médicamente a partir del perfil férrico completo.(2,17)

La hipopotasemia guarda relación con los vómitos, el manejo de líquidos y la ingesta insuficiente, su corrección inmediata corresponde al equipo médico; una vez estabilizada la concentración sérica, el plan alimentario puede incorporar fuentes de potasio que sean cocidas y bien toleradas; si aparece compromiso renal, el aporte deberá ajustarse según los resultados de laboratorio. (2,17)

PLAN

Requerimientos

Los requerimientos se expresan por kg de peso, deben calcularse con peso actual si no hay edema significativo; si existe edema, usar peso seco estimado o peso ideal ajustado, en pacientes con bajo peso y masa muscular disminuida, el objetivo es cubrir requerimientos progresivamente para evitar intolerancia y síndrome de realimentación.(6,7)

Tabla 2. Requerimientos nutricionales estimados

Componente	Rango orientativo	Observaciones
Energía	25-30 kcal/kg/día al reiniciar; progresar a 30-35 kcal/kg/día si hay bajo peso o recuperación	Iniciar más bajo si ingesta previa muy reducida o alto riesgo de realimentación
Proteína	1,2-1,5 g/kg/día si función renal conservada y objetivo de recuperación	Usar 1,0-1,2 g/kg si proteinuria/edema aumentan; individualizar con nefrología
Carbohidratos	45-55% del VCT, preferir complejos cocidos y de baja irritación	Vigilar glucosa por corticoides
Grasas	20-30% del VCT; baja grasa en fase de náusea/vaciamiento lento	Usar aceite de oliva o canola en poca cantidad; evitar frituras
Fibra	Baja en fase sintomática; progresión gradual a 20-25 g/día si tolera	Evitar crudos al inicio por inmunosupresión; preferir vegetales cocidos
Sodio	Ideal <2 g de sodio/día o <5 g de sal/día	Clave por edema, presión arterial y corticoterapia
Líquidos	30-35 ml/kg/día como base	Ajustar a vómitos, edema, sodio, función renal y presión arterial
Micronutrientes	Evaluar hierro, folato, B12, vitamina D, calcio, zinc, magnesio	Suplementar solo con indicación y seguimiento

Autor y Fuente: Lcda Evelyn Andrade S. con base en las referencias 11, 15-18, 22, 32 y 33.

Desarrollo ampliado de la propuesta por semanas

Semana 1: favorecer la tolerancia

Se mantendrá una dieta blanda, cocida y fraccionada, priorizando la hidratación, el aporte de proteínas en porciones pequeñas y el control de los síntomas; durante esta etapa, la seguridad y la tolerancia tendrán mayor importancia que la variedad alimentaria. El peso se registrará dos veces por semana bajo condiciones similares, junto con la frecuencia e intensidad de las náuseas, el dolor y los vómitos.^{19,26,33}

Semana 2: consolidar la ingesta

A partir del recordatorio de 24 horas se calculará el porcentaje de requerimientos cubiertos; si la paciente alcanza al menos el 75 %, podrá elevarse la densidad energética mediante pequeñas cantidades de aceite y una mayor variedad de preparaciones. Cuando el consumo permanezca por debajo de ese nivel, se reforzará el suplemento nutricional oral y se modificará la textura según la tolerancia.¹⁰

Semana 3: comenzar la recuperación funcional

La alimentación se ampliará con más vegetales cocidos, frutas cocidas o peladas y una fuente proteica en cada comida; si no aparece distensión abdominal, podrá probarse la incorporación de fibra soluble. También será posible iniciar caminatas suaves, siempre que cuenten con la autorización del equipo médico.^{6,11-14,24,33}

Semana 4: valorar la respuesta obtenida

Se compararán el peso, la fuerza, los síntomas y los resultados de laboratorio; si la hemoglobina no muestra mejoría, deberá profundizarse la evaluación de su causa. La persistencia de concentraciones bajas de potasio no se manejará exclusivamente mediante la dieta, pues requiere valoración e indicación médica.^{10,26}

Semanas 5 a 8: recuperar la masa magra

Se avanzará hacia un patrón alimentario más variado, manteniendo el control del sodio y las medidas de inocuidad; el aporte proteico se reforzará durante el desayuno y la merienda para evitar que se concentre únicamente en el almuerzo. En esta fase podrá incorporarse ejercicio suave de resistencia, de acuerdo con la condición clínica.^{10, 32-33}

Semanas 9 a 12: mantener los resultados

Los alimentos se reincorporarán según la tolerancia, evitando restricciones que ya no sean necesarias; además, se revisará el cumplimiento de las prácticas de seguridad alimentaria, el manejo de la ansiedad relacionada con la comida y la transición hacia un patrón mediterráneo adaptado a los alimentos disponibles en el entorno local.¹¹⁻¹⁴

Seguimiento durante todas las etapas

Cada control deberá incluir peso seco, presión arterial, edema, recordatorio de ingesta, diario de síntomas, adherencia a los medicamentos, signos de infección, tolerancia a los lácteos convencionales o deslactosados, presencia de estreñimiento o diarrea y consumo real de proteínas; cualquier modificación del plan se sustentará en datos objetivos y no en percepciones aisladas.^{26, 33}

Apéndice 8. Recetas base de alta tolerancia

Crema proteica de zapallo con pollo

Cocinar zapallo, papa pequeña y pollo sin piel. Licuar con parte del caldo, añadir una cucharadita de aceite al final si tolera y servir tibio. Evitar cubitos y exceso de sal.³²

Arroz suave con pescado

Cocinar arroz con poca sal. Preparar pescado al vapor o hervido hasta cocción completa. Acompañar con zanahoria cocida. Es una opción baja en grasa y de buena proteína.^{24,26,32-33}

Avena cocida enriquecida

Cocinar avena en agua o bebida deslactosada pasteurizada. Añadir clara/huevo cocido aparte o suplemento oral según indicación. No añadir grandes cantidades de azúcar.²⁴

Puré de papa con carne magra

Cocinar papa y carne magra. Moler o desmenuzar la carne. Mezclar con caldo casero bajo en sal para textura húmeda. Útil si hay sequedad oral.³²

Compota de manzana

Cocinar manzana pelada con poca agua hasta ablandar. Evitar canela si irrita. Sirve como colación de baja grasa.

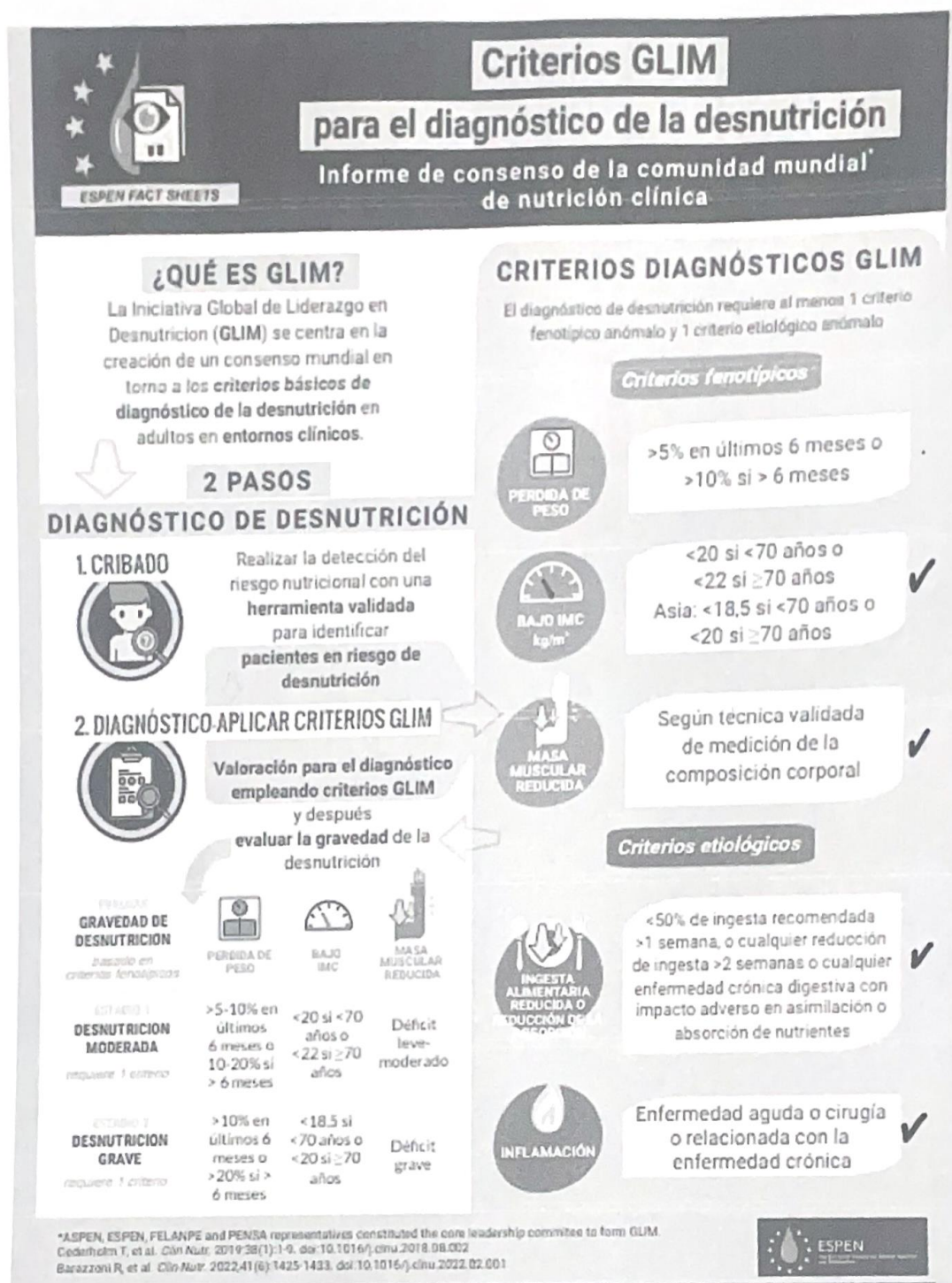
Apéndice 9. Matriz de seguimiento bioquímico y clínico

Esta matriz permite convertir la propuesta nutricional en un proceso de seguimiento medible. En casos con enfermedad autoinmune, síntomas digestivos y uso de corticoides, la evolución no debe evaluarse únicamente por apetito o por peso. Es necesario integrar datos de hidratación, electrolitos, anemia, actividad inflamatoria, función renal y seguridad alimentaria.^{15-18,21,23,26}

El control debe programarse de acuerdo con el criterio médico. La tabla propone una frecuencia académica orientativa para las primeras 12 semanas. Si existe vómito, diarrea, fiebre, edema progresivo o disminución de diuresis, el control debe adelantarse. La nutrición clínica debe trabajar coordinadamente con reumatología, medicina interna, gastroenterología y, si aparece proteinuria persistente, nefrología.¹⁵⁻¹⁸

Una recomendación fundamental es registrar los cambios de dieta junto a los cambios de medicación. El inicio o descenso de prednisona puede modificar apetito, glucosa, retención hídrica y presión arterial. La administración de rituximab modifica el enfoque de inocuidad alimentaria. Por ello, cada control nutricional debe preguntar por fecha de dosis, efectos adversos y tratamiento activo.²³⁻²⁴

Figura 2. Criterios GLIM para el diagnóstico de desnutrición.



Fuente: Tomado de Cederholm et al. (2019) y Barazzoni et al. (2022).^{38,39}

Figura 3. Nutricional Risk Screening 2002 – (NRS 2002)

Nutritional Risk Screening (NRS 2002)

Table 1 Initial screening			
		Yes	No
1	Is BMI < 20.5?		
2	Has the patient lost weight within the last 3 months?	✓	
3	Has the patient had a reduced dietary intake in the last week?	✓	
4	Is the patient severely ill? (e.g. in intensive therapy)	✓	

Yes: If the answer is 'Yes' to any question, the screening in Table 2 is performed.
 No: If the answer is 'No' to all questions, the patient is re-screened at weekly intervals. If the patient e.g. is scheduled for a major operation, a preventive nutritional care plan is considered to avoid the associated risk status.

Table 2 Final screening			
Impaired nutritional status		Severity of disease (≈ increase in requirements)	
Absent Score 0	Normal nutritional status	Absent Score 0	Normal nutritional requirements
Mild Score 1 ✓	Wt loss > 5% in 3 mths or Food intake below 50-75% of normal requirement in preceding week	Mild Score 1 ✓	Hip fracture* Chronic patients, in particular with acute complications: cirrhosis*, COPD*, Chronic hemodialysis, diabetes, oncology
Moderate Score 2	Wt loss > 5% in 2 mths or BMI 18.5 – 20.5 + impaired general condition or Food intake 25-60% of normal requirement in preceding week	Moderate Score 2	Major abdominal surgery* Stroke* Severe pneumonia, hematologic malignancy
Severe Score 3	Wt loss > 5% in 1 mth (> 15% in 3 mths) or BMI < 18.5 + impaired general condition or Food intake 0-25% of normal requirement in preceding week	Severe Score 3	Head injury* Bone marrow transplantation* Intensive care patients (APACHE > 10).
Score: 1	+	Score: 2	= Total score
Age	if ≥ 70 years: add 1 to total score above = age-adjusted total score		
Score ≥ 3: the patient is nutritionally at-risk and a nutritional care plan is initiated			
Score < 3: weekly rescreening of the patient. If the patient e.g. is scheduled for a major operation, a preventive nutritional care plan is considered to avoid the associated risk status.			

NRS-2002 is based on an interpretation of available randomized clinical trials.
 *indicates that a trial directly supports the categorization of patients with that diagnosis.
 Diagnoses shown in *italics* are based on the prototypes given below.
 Nutritional risk is defined by the present nutritional status and risk of impairment of present status, due to increased requirements caused by stress metabolism of the clinical condition.

A nutritional care plan is indicated in all patients who are

(1) severely undernourished (score = 3), or (2) severely ill (score = 3), or (3) moderately undernourished + mildly ill (score 2 + 1), or (4) mildly undernourished + moderately ill (score 1 + 2).

Prototypes for severity of disease

Score = 1: a patient with chronic disease, admitted to hospital due to complications. The patient is weak but out of bed regularly. Protein re-

quirement is increased, but can be covered by oral diet or supplements in most cases.

Score = 2: a patient confined to bed due to illness, e.g. following major abdominal surgery. Protein requirement is substantially increased, but can be covered, although artificial feeding is required in many cases.

Score = 3: a patient in intensive care with assisted ventilation etc. Protein requirement is increased and cannot be covered even by artificial feeding. Protein breakdown and nitrogen loss can be significantly attenuated.

Fuente: Tomado de Kondrup et al. (2003).

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Diseñar una propuesta de abordaje nutricional integral, segura y basada en evidencia para una paciente joven con enfermedad autoinmune sistémica y compromiso gastrointestinal crónico, orientada a recuperar estado nutricional, mejorar tolerancia oral, prevenir complicaciones.

2.2 Objetivos específicos

1. Identificar problemas nutricionales prioritarios mediante el Proceso de Atención Nutricional y diagnósticos tipo PES.
2. Estimar requerimientos nutricionales y proponer ajustes según tolerancia gastrointestinal, actividad inflamatoria, edema y función renal.
3. Elaborar propuesta de abordaje nutricional por fases desde hospitalización/egreso hasta seguimiento de 12 semanas con sus respectivas recomendaciones, menú y anexos de seguimientos para el paciente y sus cuidadores.

3. Contexto del caso clínico

Se trata de una estudiante de 18 años que reside en Loja, Ecuador, con antecedentes de colitis linfocitaria, proctocolitis mucosa, enfermedad por reflujo gastroesofágico con esofagitis y páncreas ectópico; también consta una intervención quirúrgica previa para retirar un quiste de uraco, sin reportes de alergias ni consumo de alcohol, tabaco o drogas, al inicio se indicó que realizaba tres comidas diarias y mantenía una alimentación considerada balanceada; no obstante, durante la evolución clínica, la presencia de náuseas, vómitos y dolor abdominal, junto con los periodos de ayuno requeridos para determinados procedimientos, afectó su tolerancia a la vía oral.(3,4,10)

El motivo de consulta fue náuseas y vómitos. La enfermedad actual se caracterizó por cefalea intensa, aproximadamente 10 vómitos y edema de pies. En el examen físico inicial se describió mucosa oral seca, dolor abdominal en marco colónico y signos vitales relativamente estables. La impresión diagnóstica incluyó colitis linfocitaria, proctocolitis mucosa, reflujo gastroesofágico/esofagitis, páncreas ectópico e hipopotasemia.(13,15)

Durante la hospitalización se documentaron bajo peso, palidez generalizada y masa muscular disminuida, los exámenes iniciales evidenciaron hemoglobina de 10,4 g/dL, trombocitosis, hipopotasemia y elevación de la amilasa, con función renal conservada; durante la evolución, la hemoglobina descendió a 7,1 g/dL, se acentuó la disminución del potasio, el magnesio se mantuvo en un nivel bajo-normal y fue necesario realizar una transfusión.

El tránsito baritado indicó un posible retraso del vaciamiento gástrico, asociado con el páncreas ectópico o con una alteración funcional de la salida gástrica; posteriormente, el perfil inmunológico reveló anti-SSA/Ro >200, ANA 1:320 y concentraciones reducidas de C3 y C4, hallazgos registrados junto con la sospecha o el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico y síndrome de Sjögren.(16,18,19)

Al final de la hospitalización se registró una evolución clínica favorable, la paciente no presentó nuevos episodios de vómito, recuperó la tolerancia alimentaria, se mantuvo hemodinámicamente estable y recibió el alta médica, el diagnóstico principal de egreso fue síndrome seco compatible con enfermedad de Sjögren, mientras que el lupus eritematoso sistémico se consignó como diagnóstico secundario.

Las indicaciones nutricionales al alta incluyeron una alimentación con mayor aporte proteico, la exclusión temporal de grasas y lácteos, y la evitación de alimentos crudos. También se prescribió un suplemento proteico en presentación tipo gelatina durante 15 días y se indicó continuar el seguimiento por reumatología.(14,15,19)

Tabla 3. Síntesis clínica y nutricional del caso

Dimensión	Datos relevantes desidentificados	Implicación nutricional
Clínica inicial	Náuseas, vómitos repetidos, dolor abdominal, edema de pies, mucosa seca	Riesgo de deshidratación, ingesta insuficiente, hipopotasemia y aversión alimentaria
Antecedentes digestivos	Colitis linfocitaria, proctocolitis, reflujo/esofagitis, páncreas ectópico	Necesidad de dieta progresiva, fraccionada y adaptada a tolerancia
Estado nutricional observado	Bajo peso, palidez, masa muscular disminuida	Alto riesgo de malnutrición; requiere antropometría completa y soporte nutricional
Laboratorio	Anemia, hipopotasemia, amilasa elevada; función renal conservada en registros	Corrección de micronutrientes/electrolitos y vigilancia renal
Autoinmunidad	Anti-SSA/Ro elevado, complemento bajo, ANA positivo; diagnóstico de LES/Sjögren	Aumento de requerimientos, inflamación, riesgo de fatiga y sarcopenia
Tratamiento	Pulsos de metilprednisolona, rituximab, hidroxicloroquina, prednisona	Control de sodio, calcio/vitamina D, glucosa, inocuidad alimentaria
Alta	Dieta alta en proteína, cocido, evitar grasa/lácteos temporalmente, suplemento proteico	Convertir indicaciones generales en plan medible y seguro

Autor y fuente: Lcda. Evelyn Andrade S. a partir de la epicrisis y evolución hospitalaria desidentificada.

3.1 Línea de tiempo clínica

Tabla 4. Línea de tiempo clínica resumida

Momento	Evento clínico	Lectura nutricional
Ingreso	Vómitos, cefalea, edema, dolor abdominal; hipopotasemia inicial	Priorizar hidratación, electrolitos, control de náuseas y tamizaje nutricional
Primeros días	Tolerancia a líquidos, dolor abdominal, amilasa elevada; bajo peso y masa muscular disminuida	Riesgo alto de ingesta <50-75%; valorar soporte oral/enteral si no progresa
Estudios	Tránsito con bario sugiere vaciamiento gástrico enlentecido; endoscopia/colonoscopia posteriores	Textura blanda, comidas pequeñas, baja grasa inicial, baja fibra insoluble si síntomas
Autoinmunidad	Anti-SSA/Ro elevado, complemento bajo, ANA positivo; sospecha de LES/Sjögren	Inflamación y fatiga: proteína suficiente, micronutrientes, educación y seguimiento
Tratamiento inmunomodulador	Metilprednisolona, rituximab, prednisona, hidroxicloroquina	Control de sodio, calcio/vitamina D, seguridad alimentaria, control glucémico
Egreso	Sin vómitos, tolera alimentación, alta con dieta cocida y suplemento proteico	Plan ambulatorio por fases, diario de síntomas, monitoreo de peso y laboratorio

Autor y Fuente: Lcda. Evelyn Andrade S. a partir de la evolución hospitalaria desidentificada.

3.2 Fisiopatología nutricional del caso

La relación entre la enfermedad autoinmune y el estado nutricional funciona en ambas direcciones, la inflamación sistémica puede provocar anorexia, fatiga, aumento de citocinas, catabolismo proteico y pérdida de masa muscular, al mismo tiempo, la malnutrición puede debilitar la respuesta inmunitaria, retrasar la cicatrización y disminuir la tolerancia al tratamiento y la calidad de vida; este deterioro adquiere particular importancia en pacientes jóvenes, porque la reducción de la masa magra repercute en la capacidad funcional, el desempeño académico, la salud ósea y la recuperación a largo plazo.(14,18,19)

El compromiso gastrointestinal introduce un mecanismo adicional de deterioro, las náuseas, los vómitos, el reflujo, el dolor abdominal y el enlentecimiento del vaciamiento gástrico reducen la cantidad de alimentos tolerada en cada comida, en estas condiciones, un esquema convencional de tres comidas diarias puede resultar insuficiente, aunque los alimentos elegidos sean adecuados.

La intervención debe priorizar porciones pequeñas y frecuentes, con una carga inicial moderada de grasa, proteínas distribuidas durante el día y texturas adaptadas a los síntomas, la tolerancia individual marcará el ritmo de progresión.(8,9,20)

La anemia puede tener un origen multifactorial, relacionado con inflamación crónica, deficiencia de hierro, pérdidas gastrointestinales, hemólisis autoinmune o efectos de la enfermedad sistémica, en este caso se registraron hemoglobina y hierro sérico bajos, ferritina elevada y una prueba de Coombs directo positiva, ante un proceso inflamatorio, la ferritina no debe interpretarse de forma aislada como indicador de las reservas de hierro.

La propuesta nutricional incorpora fuentes dietéticas de este mineral, mientras que la necesidad de suplementación deberá determinarse médicamente a partir del perfil férrico completo.(4,7,8,10)

La hipopotasemia es compatible con los vómitos y el manejo de líquidos, aunque también puede agravarse por una ingesta insuficiente, su corrección inmediata corresponde al equipo médico, una vez estabilizada la concentración sérica, el plan de alimentación puede incorporar fuentes de potasio cocidas y bien toleradas, si se presenta

compromiso renal, el aporte tendrá que ajustarse de acuerdo con los resultados de laboratorio.(3,4,11)

El edema y la sospecha de síndrome nefrótico/lupus con consumo de complemento obligan a controlar sodio. Incluso con función renal conservada, una dieta alta en sodio puede agravar edema y presión arterial, especialmente con corticoides. Por esta razón, la recomendación de 'alta en proteína' debe acompañarse de bajo sodio, preparación casera y eliminación de ultraprocesados.^{6,15-18,23,32-33}

3.3 LES y repercusión nutricional

El LES puede alterar el estado nutricional por inflamación, fatiga, dolor, enfermedad renal, anemia, hospitalizaciones y efectos adversos farmacológicos. La fuerza muscular y la capacidad funcional pueden disminuir incluso cuando no existe una pérdida de peso marcada. Por esta razón, la valoración nutricional debe incorporar pruebas de desempeño físico y no depender exclusivamente del índice de masa corporal.(21,22)

Ante la sospecha de nefritis o la presencia de proteinuria, el aporte proteico debe manejarse con cautela, una restricción severa podría acelerar la pérdida muscular, mientras que una cantidad excesiva resultaría inadecuada si existe daño renal : la prescripción necesita ajustarse a partir del peso seco, la función renal, el grado de proteinuria, la actividad inflamatoria y los objetivos individuales de recuperación.(21)

3.4 Enfermedad de Sjögren y alimentación

La sequedad oral puede dificultar la formación y deglución del bolo alimenticio. Se recomiendan texturas húmedas, salsas caseras bajas en sodio, sorbos frecuentes de agua, alimentos no irritantes y control odontológico. Deben evitarse bebidas azucaradas como estrategia habitual para aliviar la sequedad por su impacto cariogénico.(23,24)

Hasta el momento, no se dispone de una dieta estandarizada que haya demostrado modificar de manera consistente la actividad de la enfermedad de Sjögren, el abordaje debe centrarse en cubrir los requerimientos nutricionales, aliviar los síntomas y mantener una alimentación variada y de buena calidad, la exclusión de lácteos, gluten u otros grupos de alimentos solo se justifica cuando existe una indicación clínica concreta y debe reevaluarse periódicamente.(25)

3.5 Colitis, reflujo y vaciamiento gástrico

La colitis, el reflujo y el vaciamiento gástrico lento pueden presentarse al mismo tiempo, aunque cada trastorno requiere ajustes dietéticos específicos, durante las fases sintomáticas pueden utilizarse porciones pequeñas, preparaciones con bajo contenido de grasa y una reducción temporal de la fibra insoluble.

Si aparece plenitud después de las comidas, también puede ser útil separar la ingesta de líquidos y alimentos sólidos, conforme mejoren los síntomas, la alimentación debe ampliarse según la tolerancia, evitando que estas restricciones se mantengan de manera innecesaria.(26,27)

3.6 Anemia, hipopotasemia y edema

La anemia asociada con enfermedades autoinmunes puede tener distintos orígenes, entre ellos la inflamación, la deficiencia de hierro, las pérdidas gastrointestinales, la hemólisis y los déficits de folato o vitamina B12, en presencia de inflamación, una concentración normal o elevada de ferritina no descarta una deficiencia funcional de hierro, su interpretación debe complementarse con la saturación de transferrina, la proteína C reactiva, el recuento de reticulocitos y otros marcadores del perfil hematológico y férrico.(28,29)

La hipopotasemia puede relacionarse con vómitos e ingesta insuficiente. Su corrección es médica, mientras que la dieta contribuye con fuentes de potasio una vez estabilizado el valor sérico. El edema obliga a considerar sodio, líquidos, proteinuria y peso seco antes de formular requerimientos.(30,31)

3.7 Tratamiento, salud ósea e inocuidad

Las medidas preventivas deben considerar el control del sodio y de los azúcares, junto con un aporte suficiente de calcio, vitamina D y proteína, la actividad física también puede incorporarse de forma gradual, siempre que exista autorización y seguimiento del equipo tratante.(32,33)

El uso de rituximab y otros inmunomoduladores refuerza la necesidad de una adecuada inocuidad alimentaria. La educación debe abordar la cocción completa de los alimentos, la elección de productos pasteurizados, el lavado correcto de manos, la

refrigeración oportuna y el descarte de sobras almacenadas de forma insegura. También deben evitarse las preparaciones crudas que representen un riesgo elevado de contaminación.(34)

4. Metodología

El trabajo se desarrolló mediante un estudio de caso clínico orientado al diseño de una intervención nutricional, como fuente primaria se utilizaron la epicrisis y las notas de evolución hospitalaria anonimizadas; la revisión secundaria reunió literatura científica y guías clínicas sobre malnutrición, enfermedad inflamatoria intestinal, compromiso renal, lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Sjögren, soporte nutricional, micronutrientes, gastroparesia e inocuidad alimentaria..(35)

El proceso metodológico se distribuyó en seis etapas: 1) extracción de la información clínica relevante; 2) reconocimiento de los problemas nutricionales; 3) valoración del riesgo y formulación del diagnóstico mediante herramientas estandarizadas; 4) estimación de los requerimientos; 5) diseño de una intervención progresiva por fases; y 6) selección de indicadores para el monitoreo.

Debido a que la documentación no reúne todos los datos necesarios para una valoración nutricional completa y longitudinal, los valores disponibles se complementaron con rangos calculados por kilogramo de peso, también se definieron las mediciones adicionales que deberán obtenerse para individualizar y ajustar el plan.(36)

4.1 Diseño del caso

Diseño: caso clínico descriptivo, retrospectivo, con propuesta nutricional prospectiva. Unidad de análisis: paciente femenina joven con enfermedad autoinmune sistémica y compromiso gastrointestinal crónico. Alcance: académico; no sustituye evaluación nutricional presencial ni prescripción médica.

4.2 Fuentes de información

Tabla 5. Fuentes de información y uso en el trabajo

Fuente	Información extraída	Uso en el trabajo
Epicrisis y evolución hospitalaria	Antecedentes, síntomas, examen físico, diagnósticos, tratamiento, laboratorio, alta	Construcción del contexto y priorización nutricional
Guías de nutrición clínica	Tamizaje, diagnóstico, requerimientos, soporte nutricional	Sustento de la intervención
Guías de IBD y gastroenterología	Dieta en enfermedad inflamatoria, enteral, mediterránea, tolerancia	Adaptación a síntomas digestivos
Guías renales/lupus	Control de sodio, proteinuria, seguridad en enfermedad renal	Ajuste del aporte proteico y de sodio

Fuente	Información extraída	Uso en el trabajo
Literatura de micronutrientes y corticoides	Calcio, vitamina D, hierro, riesgo óseo	Prevención de complicaciones por tratamiento

Autor: Lcda. Evelyn Andrade S.

4.3 Variables clínicas y nutricionales propuestas

Tabla 6. Variables clínicas y nutricionales propuestas

Categoría	Variables mínimas	Frecuencia sugerida
Antropometría	Peso, talla, IMC, % pérdida de peso, circunferencia braquial, pantorrilla, pliegues si disponibles	Ingreso, alta, semanal por 4 semanas, luego mensual
Función muscular	Dinamometría, prueba de levantarse de silla, tolerancia a actividad	Cada 2-4 semanas
Ingesta	Recordatorio 24 h, registro de 3 días, porcentaje de requerimientos cubiertos	Semanal durante primer mes
Síntomas	Náuseas, vómitos, dolor, distensión, diarrea/estreñimiento, reflujo	Diario al inicio
Bioquímica	BH, electrolitos, urea/creatinina, PCR/VSG, hierro/ferritina/TSAT, B12, folato, vitamina D, calcio/fósforo, albúmina/prealbúmina con cautela	Según criterio médico; inicial y cada 2-4 semanas
Renal	EMO, proteinuria/creatinuria, presión arterial, edema	Según nefrología/reumatología
Seguridad	Temperatura de alimentos, higiene, síntomas de infección, tolerancia a inmunosupresión	Continuo

Autor y Fuente: Lcda. Evelyn Andrade S. con base en las referencias 8-30.

4.4 Herramientas de valoración

Tamizaje: durante la hospitalización se propone aplicar el NRS-2002, debido a que esta herramienta relaciona el deterioro del estado nutricional con la gravedad de la enfermedad, para el seguimiento ambulatorio puede utilizarse el MUST, que considera el índice de masa corporal, la pérdida de peso y el efecto de una enfermedad aguda sobre la ingesta.

Mientras no se complete la valoración, la paciente debe clasificarse de manera provisional como de alto riesgo nutricional, esta decisión se sustenta en el bajo peso observado, la posible pérdida ponderal no cuantificada, la disminución de la ingesta, los vómitos y la presencia de enfermedad inflamatoria activa.(31,37)

Diagnóstico de malnutrición: se propone aplicar criterios GLIM. Para confirmar malnutrición se requiere al menos un criterio fenotípico y uno etiológico. En el caso, los criterios etiológicos están presentes por inflamación/enfermedad crónica y reducción de ingesta. Como criterio fenotípico se sospecha bajo peso y masa muscular reducida, pero

se requiere medición objetiva. Hasta contar con datos, el diagnóstico operativo será 'alto riesgo de malnutrición relacionada con enfermedad'.(34,38)

Evaluación subjetiva global: la SGA permite integrar pérdida de peso, cambios de ingesta, síntomas gastrointestinales, capacidad funcional y examen físico. En este caso probablemente clasificaría como B o C si se confirma pérdida ponderal significativa y pérdida muscular. Se recomienda documentarla al inicio del plan.(29,39)

4.5 Diagnósticos nutricionales tipo PES

Tabla 7. Diagnósticos nutricionales tipo PES

Prioridad	Diagnóstico PES	Evidencia del caso
1	Ingesta energético-proteica insuficiente , relacionada con náuseas, vómitos, dolor abdominal y tolerancia oral limitada, evidenciada por IMC de 17,16 kg/m ² , disminución de la masa muscular, fuerza de prensión de 16 kg y periodos de alimentación líquida o ayuno.	Vómitos recurrentes, tolerancia inicial limitada a líquidos, bajo peso y disminución de la masa muscular.
2	Alteración de la función gastrointestinal , relacionada con compromiso digestivo inflamatorio y funcional, evidenciada por dolor abdominal crónico, reflujo con esofagitis, colitis y enlentecimiento del vaciamiento gástrico.	Dolor abdominal de varios meses de evolución, antecedentes de colitis, gastritis y duodenitis, además de tránsito con bario alterado.
3	Alteración de los valores bioquímicos relacionados con la nutrición , asociada con vómitos e ingesta insuficiente, evidenciada por hipopotasemia persistente y necesidad de reposición.	Concentraciones bajas de potasio registradas en varias mediciones, con mayor descenso durante la evolución hospitalaria.
4	Aumento de las necesidades energético-proteicas , relacionado con inflamación sistémica, catabolismo y recuperación tisular, evidenciado por bajo peso, disminución de la masa muscular y enfermedad autoinmune activa.	Diagnóstico de LES y enfermedad de Sjögren, pérdida de masa muscular, anemia y corticoterapia.
5	Riesgo de complicaciones relacionadas con la inocuidad alimentaria , asociado con inmunosupresión por rituximab y corticoides.	Tratamiento inmunomodulador e indicación médica de evitar alimentos crudos o insuficientemente cocidos.
6	Conocimientos insuficientes sobre alimentación y nutrición , relacionados con indicaciones de alta generales y poco operativas, evidenciados por la necesidad de convertir recomendaciones como “dieta alta en proteínas” y “todo cocido” en horarios, porciones, menús y criterios de seguimiento.	Recomendaciones generales al alta, sin una planificación alimentaria detallada.

Autor y Fuente: Lcda. Evelyn Andrade S. con base en la terminología del Proceso de Atención Nutricional (referencia 26).

4.6 Criterios de priorización

Durante la primera semana posterior al egreso, el objetivo principal no es establecer una dieta antiinflamatoria compleja, sino garantizar seguridad, tolerancia y una ingesta suficiente, el abordaje debe seguir una secuencia práctica: controlar las náuseas,

fraccionar las comidas, asegurar la hidratación, alcanzar el aporte proteico mínimo, corregir los desequilibrios electrolíticos y prevenir infecciones transmitidas por alimentos.(39,40)

La dieta puede progresar cuando se cumplan tres condiciones: ausencia de vómitos, dolor controlado y consumo de al menos el 75 % de los requerimientos durante un periodo de 48 a 72 horas, si reaparecen vómitos persistentes, dolor intenso, fiebre, diarrea grave, edema progresivo, oliguria o pérdida acelerada de peso, será necesaria una nueva valoración médica antes de ampliar la alimentación.(40)

Las restricciones de grasa, lactosa y fibra insoluble deben mantenerse únicamente durante la fase sintomática, si se prolongan sin una justificación clínica, la reducción de grasa puede disminuir la densidad energética; la exclusión de lácteos puede comprometer el aporte de calcio; y una dieta baja en fibra durante demasiado tiempo puede afectar la microbiota intestinal, la reintroducción de alimentos debe realizarse de manera planificada y gradual, acompañada de un registro de síntomas y tolerancia.(32,34)

4.7 Consideraciones éticas y de confidencialidad

La información clínica fue anonimizada y se restringió a los datos indispensables para el análisis nutricional, el documento no contiene nombres, números de historia clínica, direcciones ni ningún otro elemento que permita identificar a la paciente; su propósito es exclusivamente académico, por lo que no sustituye ni modifica las decisiones terapéuticas establecidas por el equipo tratante.

4.8 Limitaciones metodológicas

La principal limitación es la ausencia de antropometría completa, recordatorio alimentario cuantificado, composición corporal y seguimiento longitudinal posterior al alta. Por esta razón, los requerimientos se expresan como rangos por kilogramo y deben recalcularse en consulta. Las estadísticas de Ecuador y Loja son también limitadas; se diferencian claramente los datos poblacionales de las cohortes de referencia para evitar inferencias no sustentadas.(11)

5. Propuesta de intervención nutricional

La propuesta se organiza en cinco fases: fase 0 de evaluación inicial, fase 1 de estabilización/tolerancia, fase 2 de egreso temprano, fase 3 de recuperación nutricional y fase 4 de mantenimiento. Cada fase tiene objetivos, criterios de avance, características dietéticas y monitoreo. La intervención debe adaptarse con base en peso, talla, evolución clínica y laboratorio.(17)

Figura 4. Secuencia de intervención nutricional por fases.



Autor y Fuente: Lcda. Evelyn Andrade S. con base en el Proceso de Atención Nutricional y las referencias 8-33.

5.1 Principios generales

- **Realizar una valoración individual antes de establecer los cálculos:** documentar el peso actual y habitual, la talla, el IMC, el porcentaje de pérdida ponderal, la fuerza de prensión, la circunferencia braquial y el grado de edema;(4)
- **Priorizar alimentos inocuos:** mientras se mantenga la inmunosupresión, elegir preparaciones bien cocidas, seguras y acordes con la tolerancia de la paciente; (4)
- **Distribuir la ingesta a lo largo del día:** organizar cinco o seis comidas de pequeño volumen para reducir las náuseas, el reflujo y la sensación de plenitud; (4)
- **Incorporar fuentes proteicas de alto valor biológico:** recurrir a huevo bien cocido, pollo, pescado cocido, carnes magras y yogur o lácteos deslactosados,

siempre según la tolerancia; las leguminosas se añadirán cuando su consumo no provoque distensión abdominal; (4)

- **Moderar el sodio:** ante el edema, el uso de corticoides y la posibilidad de compromiso renal, excluir embutidos, sopas instantáneas, snacks, cubitos concentrados, salsas comerciales y comida rápida; (4)
- **Prevenir un aporte excesivo de proteínas:** si se detecta proteinuria significativa o disminución de la función renal, será necesario reevaluar la cantidad prescrita y ajustarla con supervisión profesional; (4)
- **Recuperar progresivamente el consumo de fibra:** durante la etapa sintomática, disminuir de forma temporal la fibra insoluble y, conforme mejoren los síntomas y la tolerancia, avanzar hacia una alimentación variada de patrón mediterráneo;¹¹— (4)
- **Cuidar la salud ósea durante la corticoterapia:** garantizar cantidades adecuadas de calcio, vitamina D y proteínas, acompañadas de actividad física progresiva previamente autorizada por el equipo tratante;(9)
- **Sostener el monitoreo clínico y bioquímico:** modificar la alimentación de acuerdo con los síntomas, la tolerancia y los resultados de laboratorio, sin basar las decisiones exclusivamente en el diagnóstico médico.

5.2 Requerimientos estimados

La información disponible aporta una única medición de peso y talla, insuficiente para establecer con exactitud el peso habitual o determinar cómo ha evolucionado el estado ponderal de la paciente.

Ante esta limitación, los requerimientos se plantean por kilogramo de peso y deberán actualizarse cuando se disponga de nuevas mediciones; en ausencia de edema significativo podrá utilizarse el peso actual, mientras que, si existe retención de líquidos, se recurrirá al peso seco estimado o a un peso de referencia ajustado según el criterio clínico.

Debido al bajo peso y a la disminución de la masa muscular, el aporte nutricional debe incrementarse de manera gradual y de acuerdo con la tolerancia; en pacientes con

riesgo elevado de síndrome de realimentación, esta progresión requiere vigilancia clínica y bioquímica para prevenir complicaciones.^{10,22,26}

5.3 Fase 0: valoración inicial obligatoria

Antes de establecer el plan definitivo, es necesario completar una valoración nutricional estructurada; la primera consulta debería durar entre 45 y 60 minutos, tiempo suficiente para recopilar la historia alimentaria, el peso habitual y actual, la talla, la pérdida ponderal durante los últimos 1, 3 y 6 meses, la tolerancia a los alimentos, la frecuencia de los vómitos y el patrón intestinal; también deberán revisarse los medicamentos y suplementos utilizados, la actividad física, los síntomas orales asociados con Sjögren, la situación familiar y la capacidad económica de la paciente.⁽⁶⁾

El examen físico nutricional debe identificar pérdida de grasa subcutánea y disminución de la masa muscular en las regiones temporal, clavicular, deltoidea, interósea y del cuádriceps; además, conviene valorar la presencia de edema, el estado de hidratación, las lesiones orales, los cambios en piel, mucosas, cabello y uñas, así como otros signos compatibles con deficiencias nutricionales, la dinamometría complementa esta evaluación al proporcionar una medida objetiva de la función muscular.⁽⁷⁾

La evaluación bioquímica debe contemplar biometría hemática, proteína C reactiva, velocidad de sedimentación globular, perfil férrico con saturación de transferrina, vitamina B12 y folato; para examinar el equilibrio electrolítico y la función renal, será necesario solicitar electrolitos, magnesio, fósforo, urea, creatinina, examen elemental y microscópico de orina (EMO), además de la relación proteinuria/creatininuria. El seguimiento se completará con la revisión de albúmina, vitamina D, calcio, glucosa y perfil lipídico; si la paciente mantiene el tratamiento con corticoides, también se incluirá la hemoglobina glucosilada.^{(7,9)⁷}

Tabla 8. Datos mínimos para la valoración inicial

Dato	Registrar	Razón
Peso actual y peso seco	kg	Calcular requerimientos y evolución
Talla	cm	IMC y peso ideal
Peso habitual	kg y fecha	Cuantificar pérdida ponderal
Circunferencia braquial/pantorrilla	cm	Seguimiento de masa muscular

Dato	Registrar	Razón
Dinamometría	kg fuerza	Función muscular
Recordatorio 24 h	kcal/proteína estimadas	Identificar déficit de ingesta
Síntomas diarios	0-10	Guiar progresión dietética
Edema	ausente/+/++	Elegir peso seco y sodio
Presión arterial	mmHg	Ajuste de sodio y corticoides

Autor y Fuente: Lcda Evelyn Andrade S. con base en las referencias 8-10 y 26-30.

5.4 Fase 1: estabilización y tolerancia digestiva

Duración y propósito: esta etapa puede extenderse de 3 a 7 días después de controlar los vómitos o mantenerse durante la transición hospitalaria; se busca establecer una ingesta mínima segura, evitar la reaparición del vómito, restablecer la hidratación, corregir las alteraciones electrolíticas y cubrir entre el 60 % y el 75 % de los requerimientos nutricionales.

Características de la alimentación: se recomienda una dieta blanda y cocida, distribuida en seis comidas de pequeño volumen, con cantidades reducidas de grasa, irritantes y fibra insoluble para mejorar la tolerancia y contribuir a la recuperación muscular; el aporte proteico se repartirá durante el día mediante porciones pequeñas de pollo, pescado, huevo bien cocido y carne magra molida o licuada. Si la alimentación habitual resulta insuficiente para alcanzar los requerimientos, podrá incorporarse un suplemento nutricional oral.(37,39,40)

Alimentos y prácticas que deben excluirse: se evitarán las frituras, los platos picantes, el café, las bebidas gaseosas, el exceso de chocolate y la menta cuando intensifique el reflujo; también deberán restringirse los alimentos y las ensaladas crudas, los jugos no pasteurizados, los lácteos enteros si aumentan las náuseas, los embutidos, los productos ultraprocesados y las comidas abundantes. (37,39,40).

Acciones para reducir las náuseas: consumir porciones pequeñas y comer despacio, separar los líquidos de los sólidos cuando exista plenitud, hidratarse entre comidas, elegir preparaciones tibias o frías según la tolerancia, alejarse de olores intensos, mantener elevada la cabecera y registrar los alimentos que desencadenen síntomas.¹⁹

Tabla 9 Opciones de alimentación en la fase de estabilización

Tiempo de comida	Opción principal	Objetivo nutricional
Desayuno	Avena bien cocida en agua o bebida deslactosada + clara/huevo bien cocido + fruta cocida tipo manzana	Energía tolerable, proteína, baja irritación
Media mañana	Suplemento oral o gelatina proteica + agua segura	Completar proteína sin aumentar volumen
Almuerzo	Arroz/papa/yuca cocida + pollo cocido desmenuzado o licuado + zanahoria/zapallo cocido	Proteína de alto valor y carbohidrato fácil
Media tarde	Compota cocida + pan blanco/tostada sin grasa o bebida nutricional	Evitar ayuno prolongado
Merienda	Crema de verduras cocidas + pescado o pollo + arroz	Cena ligera y proteica
Noche	Infusión segura + galleta simple o yogur deslactosado si tolera	Prevenir náusea por ayuno nocturno

Autor y Fuente: Lcda Evelyn Andrade S. con base en las referencias (29,40)

5.5 Fase 2: Egreso temprano y consolidación

Duración y objetivo: esta fase comprende las semanas 1 y 2, con la meta de cubrir entre el 75 % y el 100 % de los requerimientos, mantener la ausencia de vómitos, recuperar el apetito y establecer una rutina de alimentación familiar; durante este periodo se conserva una dieta cocida e inocua, mientras la textura progresa de acuerdo con la tolerancia.

Las indicaciones al alta incluyeron una alimentación alta en proteínas, restricción temporal de grasas y lácteos, exclusión de alimentos crudos y uso de un suplemento proteico, en la práctica, se plantea un aporte de proteínas reforzado, aunque sin llegar al exceso, repartido entre cinco y seis comidas diarias; las grasas deberán mantenerse bajo control, mientras que los lácteos deslactosados o sin lactosa podrán añadirse de acuerdo con la tolerancia, su exclusión prolongada no resulta conveniente debido al calcio y las proteínas que proporcionan, por lo que la necesidad de restringirlos tendrá que reevaluarse a medida que disminuyan los síntomas.(31,39)

La preparación de los alimentos debe realizarse preferentemente en casa, con cocción completa y manipulación higiénica; durante la inmunosupresión se evitarán carnes poco cocidas, huevos crudos, mayonesa casera, quesos frescos y leche no pasteurizados, ceviches, sushi, jugos preparados en la calle, ensaladas crudas de procedencia no controlada y sobras conservadas sin refrigeración adecuada.(38,40)

5.6 Fase 3: Recuperación nutricional y masa muscular

Duración y objetivo: esta fase se extiende desde la semana 3 hasta la 8; busca recuperar peso cuando exista bajo peso, mejorar la masa muscular, normalizar la ingesta y ampliar la variedad de alimentos, el avance a la siguiente fase será posible cuando la paciente no presente vómitos, el dolor sea leve o haya desaparecido y el patrón de evacuaciones se mantenga estable.(32,41)

Durante esta etapa se aumentará la densidad energética con porciones pequeñas de grasas saludables, como aceite de oliva o canola incorporado después de la cocción, aguacate si no genera náuseas, pescados cocidos y semillas molidas, pasteurizadas o manipuladas bajo condiciones seguras, siempre que su consumo no cause distensión abdominal, también se aumenta gradualmente la fibra soluble y la cantidad de vegetales cocidos; los alimentos crudos se reintroducirán únicamente con autorización del equipo médico y bajo medidas estrictas de higiene.(41,42)

Si reumatología lo autoriza, puede iniciarse actividad física terapéutica y progresiva mediante caminatas suaves, ejercicios de movilidad y trabajo de resistencia con bandas o pesos ligeros; la intensidad deberá ajustarse según la fatiga y la respuesta clínica, la alimentación sin estímulo muscular puede favorecer el aumento de peso sin recuperar la fuerza, de modo que el objetivo no se limita a ganar kilogramos, sino a reconstruir masa magra funcional.

5.7 Fase 4: mantenimiento antiinflamatorio y prevención de recaídas

Duración sugerida: desde la semana 8-12 en adelante. **Objetivo:** sostener un patrón alimentario antiinflamatorio tipo mediterráneo adaptado a tolerancia, con alimentos frescos, cocidos o seguros, baja carga de ultraprocesados, bajo sodio, proteína suficiente y variedad de frutas/verduras.(33,41)

El patrón mediterráneo no debe entenderse como consumo irrestricto de fibra o crudos, sino como base de calidad: aceite de oliva/canola, pescado, pollo, huevos, legumbres según tolerancia, cereales integrales progresivos, frutas, vegetales, frutos secos o semillas cuando sean seguros y tolerados, y mínima presencia de azúcares añadidos y productos ultraprocesados.(31,37)

En lupus/Sjögren se debe prestar atención a fatiga, salud ósea, salud cardiovascular y sequedad oral. La dieta debe ser rica en micronutrientes, con hidratación adecuada, texturas húmedas, salsas caseras bajas en sodio, alimentos fáciles de deglutir y prevención de caries si hay xerostomía.(31,37)

5.8 Progresión dietética por fases

Tabla 10. Progresión dietética por fases

Fase	Duración	Objetivo	Dieta	Criterio para avanzar
0	Día 0	Medir y diagnosticar	Sin cambios hasta completar valoración; registrar ingesta real	Datos mínimos completos
1	3-7 días	Tolerancia y seguridad	Blanda, cocida, baja grasa, baja fibra insoluble, 6 tiempos	48-72 h sin vómitos y $\geq 75\%$ requerimientos
2	Semanas 1-2	Consolidar egreso	Alta en proteína moderada, baja en sodio, cocida, suplemento si déficit	Peso estable, síntomas controlados
3	Semanas 3-8	Recuperar masa magra	Aumentar densidad energética y variedad; fibra soluble; proteína distribuida	Mejora fuerza/peso y laboratorio estable
4	Semana 8+	Mantenimiento	Mediterránea adaptada, baja en ultraprocesados/sodio, segura	Adherencia y ausencia de recaídas

Autor: Lcda Evelyn Andrade S.

5.9 Plan alimentario orientativo de 7 días

El siguiente menú es orientativo para una fase 2-3, debe ajustarse a peso, requerimientos y tolerancia. Todas las carnes deben estar completamente cocidas. Las frutas y verduras se recomiendan cocidas o peladas al inicio. La sal debe limitarse; usar hierbas, laurel, orégano suave o cúrcuma en pequeñas cantidades si tolera.(30,40)

Tabla 11. Plan alimentario orientativo de siete días

Día	Desayuno	Almuerzo	Merienda/cena
1	Avena cocida + huevo cocido + compota de manzana	Arroz + pollo cocido desmenuzado + zanahoria cocida	Crema de zapallo + pescado cocido + papa
2	Pan tostado + tortilla de huevo bien cocida + infusión	Yuca cocida + carne magra molida + vainita cocida	Sopa de arroz con pollo + fruta cocida
3	Colada de avena + suplemento oral si requiere	Puré de papa + pollo licuado/desmenuzado + zapallo	Arroz suave + huevo cocido + zanahoria
4	Tortilla de claras/huevo + pan + fruta pelada cocida	Arroz + pescado al vapor + verduras cocidas	Crema de zanahoria + pollo
5	Avena + yogur deslactosado si tolera + fruta cocida	Pasta simple + pollo + aceite de oliva al final	Sopa espesa de papa + carne magra
6	Pan + queso pasteurizado bajo grasa si tolera + infusión	Arroz + pavo/pollo + vegetales cocidos	Crema de zapallo + huevo cocido
7	Colada de maicena/avena + huevo cocido	Papa/yuca + pescado + zanahoria/vainita cocida	Sopa de fideo simple + pollo

Autor y Fuente: Lcda Evelyn Andrade S. El menú requiere individualización por peso, tolerancia y laboratorio.

5.10 Lista de alimentos recomendados y alimentos a evitar

Tabla 12. Alimentos recomendados y alimentos a limitar

Grupo	Recomendados	Evitar o limitar al inicio
Proteínas	Pollo, pescado, huevo bien cocido, carne magra, pavo, yogur deslactosado pasteurizado si tolera	Carnes crudas, embutidos, frituras, ceviche, sushi, huevo crudo
Carbohidratos	Arroz, papa, yuca, avena cocida, pan simple, pasta, fideo	Productos integrales altos en fibra en fase sintomática, bollería, exceso de azúcar
Verduras	Zanahoria, zapallo, vainita, zucchini y papa cocidos	Ensaladas crudas, cebolla/ajo si desencadenan síntomas, vegetales flatulentos al inicio
Frutas	Manzana/pera cocida, banano según potasio y tolerancia, papaya pelada segura	Fruta sin lavar, jugos de la calle, cítricos si empeoran reflujo
Grasas	Aceite de oliva/canola en pequeña cantidad, aguacate si tolera	Frituras, manteca, salsas, comidas muy grasosas
Bebidas	Agua segura, infusiones suaves, suero oral si indicado	Gaseosas, alcohol, bebidas energizantes, jugos no pasteurizados
Condimentos	Hierbas suaves, laurel, orégano, cúrcuma baja	Picante, cubitos, salsas comerciales, exceso de sal

Autor y Fuente: Lcda Evelyn Andrade S. 11-14, 19, 24 y 25.

5.11 Manejo nutricional de síntomas específicos

Tabla 13. Manejo nutricional de síntomas específicos

Síntoma/problema	Estrategia nutricional	Alarma
Náuseas	6 tiempos pequeños, evitar grasa y olores fuertes, líquidos entre comidas, comidas tibias/frías si tolera	Vómitos persistentes >24 h, deshidratación
Reflujo/esofagitis	Evitar café, chocolate, menta, picante, comidas grandes; no acostarse 2-3 h	Dolor torácico, disfagia, sangrado
Vaciamiento gástrico lento	Baja grasa, bajo residuo temporal, textura blanda/licuada, porciones pequeñas	Vómitos alimentarios repetidos
Dolor abdominal	Registrar alimentos, evitar irritantes, progresión lenta de fibra	Dolor intenso, fiebre, abdomen agudo
Diarrea	Hidratación, arroz, papa, banano si permitido, evitar lactosa temporal	Sangre, fiebre, deshidratación
Estreñimiento	Líquidos, movilidad, fibra soluble progresiva si no hay dolor/distensión	Dolor severo, vómitos, obstrucción
Sequedad oral	Texturas húmedas, salsas caseras bajas en sodio, agua frecuente, higiene oral	Úlceras, disfagia, pérdida de peso

Autor y Fuente: Lcda Evelyn Andrade S. con base en las referencias 11-14 y 19.

5.12 Seguridad alimentaria en inmunosupresión

El uso de rituximab y corticoides requiere una orientación específica sobre inocuidad alimentaria, cuyo objetivo es disminuir el contacto con microorganismos patógenos sin generar temor hacia la comida; por ello, las preparaciones deberán realizarse con agua segura y utensilios limpios, evitando el contacto entre productos crudos y

cocidos, garantizando la cocción completa de las carnes y manteniendo una refrigeración adecuada.(30,43)

Entre las medidas esenciales se encuentran el lavado de manos antes de cocinar o comer; la limpieza y desinfección de superficies; la revisión de las fechas de vencimiento; la exclusión de bufés y alimentos expuestos durante periodos prolongados; el recalentamiento completo de las sobras y su refrigeración antes de dos horas, también deberán evitarse la leche y los quesos sin pasteurizar, los germinados crudos y las preparaciones con huevo crudo; cuando se reincorporen las frutas, será necesario lavarlas y pelarlas, además de utilizar una tabla exclusiva para cortar carnes y abstenerse de probar masas crudas.(34)

En salidas, preferir comida recién preparada, caliente y de establecimientos confiables. Llevar snacks seguros: galletas simples empacadas, suplemento oral sellado, fruta que pueda pelarse, agua embotellada. Evitar ensaladas de procedencia desconocida y jugos de venta ambulante.(31)

5.13 Suplementación nutricional propuesta

Tabla 14 Suplementos y micronutrientes: indicaciones y precauciones

Suplemento/nutriente	Indicacion académica	Precaución
Suplemento oral hiperproteico	Usar si ingesta <75% de requerimientos o pérdida de peso; 1-2 tomas/día según tolerancia	Elegir bajo en grasa si náusea; verificar sodio/potasio si renal
Gelatina/proteína modular	Útil 15 días si indicada al alta para sumar proteína sin mucho volumen	No reemplaza comidas completas
Vitamina D	Medir 25(OH)D y suplementar si baja; relevante por corticoides e IBD sospechada	Evitar megadosis sin control
Calcio	Asegurar ingesta dietética y/o suplemento si no tolera lácteos y usa corticoides	Ajustar a calcio/fósforo y función renal
Hierro	Aumentar hierro dietario; suplementar según perfil férrico y criterio médico	Ferritina elevada puede reflejar inflamación
B12/folato	Medir si anemia, compromiso ileal o dieta restrictiva	Suplementar si déficit
Magnesio/potasio	Corregir medicamento; aportar alimentos tolerables cuando laboratorio lo permita	No suplementar potasio sin control renal/electrolítico
Omega-3	Puede considerarse como parte de patrón alimentario con pescado cocido	No sustituye inmunoterapia; cuidado con suplementos si anticoagulación

Autor y Fuente: Lcda Evelyn Andrade S. con base en las referencias 20-23.

5.14 Educación alimentaria para la paciente y familia

La educación nutricional debe ser breve, repetirse durante el seguimiento y entregarse también por escrito; la paciente y su familia necesitan comprender que una “dieta alta en proteínas” no equivale a consumir embutidos, frituras o alimentos con exceso de sal, esta indicación consiste en incorporar una porción adecuada de proteína en cada comida, mediante preparaciones completamente cocidas, bajas en grasa y con poco sodio.(29,40)

La exclusión de los lácteos debe explicarse como una medida temporal, aplicable cuando exista intolerancia, náusea o una indicación médica específica; si la tolerancia mejora, pueden reintroducirse productos deslactosados y pasteurizados, o alternativas fortificadas que ayuden a cubrir los requerimientos de calcio y vitamina D., mantener esta restricción durante periodos prolongados, sin una sustitución nutricional adecuada, puede incrementar el riesgo de deterioro óseo.(9,10)

Se recomienda utilizar un diario de síntomas que registre la hora, el alimento consumido, la cantidad, la intensidad de la náusea y el dolor en una escala de 0 a 10, la presencia o ausencia de vómito, las evacuaciones, los medicamentos y cualquier observación relevante; este recurso permite reconocer desencadenantes reales, valorar la tolerancia y evitar prohibiciones alimentarias demasiado amplias.(15)

Tabla 15. Mensajes educativos para la paciente y su familia

Mensaje	Explicación sencilla
Comer poco y frecuente	El estómago tolera mejor porciones pequeñas cuando hay náusea o vaciamiento lento.
Proteína en cada comida	Ayuda a recuperar músculo y defensas; debe ser cocida y baja en grasa.
Poca sal	La sal puede aumentar edema y presión, más aún con corticoides.
Todo bien cocido al inicio	Disminuye riesgo de infecciones por inmunosupresión.
No suspender grupos para siempre	Las restricciones se revisan; el objetivo es volver a una dieta variada y segura.
Registrar síntomas	Ayuda a personalizar sin adivinar.

Autor y Fuente: Lcda Evelyn Andrade S. con base en la referencia 24.

5.15 Monitoreo y evaluación

El seguimiento nutricional debe ser intensivo durante el primer mes. Se recomienda control semanal las primeras 4 semanas, luego cada 15 días hasta la semana 12 y posteriormente mensual si hay estabilidad. En cada control deberán revisarse el peso

seco, la evolución de los síntomas, el nivel de ingesta, la adherencia al plan, la presión arterial, el edema y la fuerza muscular, junto con los resultados de laboratorio disponibles.(7,10)

Los indicadores de éxito deben ser objetivos y fáciles de comprobar: ausencia de vómitos; consumo de entre el 75 % y el 100 % de los requerimientos; mantenimiento del peso o ganancia gradual cuando exista bajo peso; aumento de la fuerza; disminución de la fatiga; corrección de la hipopotasemia; estabilidad de la función renal; recuperación de la hemoglobina de acuerdo con la causa de la anemia, y ausencia de infecciones transmitidas por alimentos.(9,10)

Si la paciente no consigue cubrir sus requerimientos mediante la alimentación habitual, deberá considerarse la intensificación del soporte nutricional oral; cuando esta estrategia resulte insuficiente, el equipo especializado valorará la necesidad de nutrición enteral

Tabla 16. Indicadores de monitoreo y metas

Indicador	Meta	Acción si no cumple
Ingesta	$\geq 75\%$ de requerimientos en 72 h; ideal 90-100% en 2 semanas	Aumentar suplemento, modificar textura, evaluar enteral
Peso	Estable o $+0,25$ a $0,5$ kg/semana si bajo peso	Recalcular energía, revisar vómitos/diarrea
Proteína	Distribuida en 4-6 tomas	Usar módulos/suplementos o recetas proteicas
Náusea/vómito	Náusea $\leq 3/10$ y sin vómitos	Reevaluar medicación, textura, grasa, volumen
Potasio	Normal según laboratorio	Corrección médica y ajuste dietario
Edema/PA	Edema ausente o menor; PA controlada	Reducir sodio, revisar corticoides/renal
Hemoglobina	Tendencia ascendente	Estudiar causa, hierro/B12/folato, hemólisis
Seguridad alimentaria	Sin episodios infecciosos asociados a alimentos	Reeducación y revisión de cocina

Autor y Fuente: Lcda Evelyn Andrade S.

5.16 Plan de contingencia

Persistencia de los vómitos: suspender el avance de la dieta, continuar la hidratación de acuerdo con la prescripción profesional y comunicarse con el equipo médico; será necesario vigilar posibles signos de deshidratación y controlar los niveles de electrolitos.

Dolor abdominal intenso o presencia de fiebre: evitar atribuir estos síntomas exclusivamente a la alimentación y solicitar una valoración médica oportuna.

Aumento progresivo del edema, oliguria o presión arterial elevada: limitar el sodio y modificar el aporte de líquidos solo bajo indicación médica, junto con la evaluación de la función renal y la proteinuria.^{15-18, 32}

Pérdida de más de 1 kg en una semana o consumo inferior al 50 % por más de tres días: reforzar el soporte nutricional y gestionar una valoración especializada para determinar la necesidad de iniciar nutrición enteral.^{26, 31}

Diarrea con sangre o manifestaciones de deshidratación: acudir a atención médica y aplicar únicamente las modificaciones dietéticas temporales establecidas por el profesional tratante.

Incremento de la glucosa durante la corticoterapia: disminuir el consumo de azúcares simples, repartir los carbohidratos durante el día y coordinar con el equipo médico el seguimiento metabólico.^{6, 23}

Estreñimiento asociado con baja ingesta o medicamentos: favorecer la hidratación y la movilidad, junto con una incorporación progresiva de fibra soluble, siempre que no existan síntomas de obstrucción intestinal.¹¹⁻¹⁴

5.17 Discusión

. La presencia de bajo peso y masa muscular disminuida no debería quedar como descripción aislada; debe activar tamizaje formal, diagnóstico nutricional y plan de soporte. La literatura actual ha señalado que la malnutrición en enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedades crónicas inflamatorias se asocia a mayor morbilidad, peor calidad de vida y mayor riesgo de complicaciones.^(7,8)

Una de las decisiones más importantes es cómo interpretar la indicación de alta de dieta alta en proteínas. En una paciente con bajo peso, disminución de la masa muscular y recuperación posterior a un proceso inflamatorio, resulta razonable reforzar el aporte de proteína; sin embargo, la propuesta evita una alimentación hiperproteica sin control, debido a la presencia de edema, la posible afectación renal asociada con la enfermedad autoinmune y la necesidad de vigilar la proteinuria, el punto de equilibrio consiste en proporcionar proteínas de alta calidad en cantidad suficiente, calculadas por kilogramo de peso y reajustadas según la evolución de la función renal.^(7,11)

Otro aspecto crítico es la elección del patrón alimentario ante la sospecha de enfermedad de Crohn u otra enfermedad inflamatoria intestinal; no existe una dieta universal que prevenga los brotes en todos los pacientes adultos, por lo que las recomendaciones actuales favorecen un patrón de tipo mediterráneo para la salud general, acompañado de ajustes cuando aparecen estenosis, diarrea, intolerancias o actividad inflamatoria, durante las fases sintomáticas puede emplearse temporalmente una alimentación baja en residuos y grasa; una vez controlados los síntomas, la variedad debe ampliarse para prevenir deficiencias y recuperar la diversidad alimentaria.(2,9)

El tratamiento con corticoides y rituximab redefine las prioridades nutricionales: durante la corticoterapia deben controlarse el sodio, la glucosa, el calcio y la vitamina D, además de proteger la salud ósea; por su parte, la inmunosupresión vinculada con rituximab exige reforzar las medidas destinadas a prevenir infecciones, bajo estas condiciones, la indicación de consumir “todo cocido” se sustenta en criterios de inocuidad alimentaria, aunque necesita complementarse con orientaciones precisas y alternativas variadas que eviten la monotonía, el temor a comer y una ingesta insuficiente.(8,9)

La anemia requiere un abordaje interdisciplinario, pues la dieta puede suministrar hierro, folato, vitamina B12 y proteínas, pero resulta insuficiente para corregir por sí misma una anemia de origen inflamatorio o hemolítico, el plan combina alimentos ricos en hierro con fuentes de vitamina C que sean bien toleradas; cualquier suplementación deberá definirse a partir del perfil férrico completo y del criterio médico, teniendo presente que una ferritina elevada en un proceso inflamatorio no excluye la deficiencia funcional de hierro.(13,15)

La enfermedad de Sjögren añade necesidades particulares: la sequedad oral puede reducir la ingesta, dificultar la deglución, modificar el gusto y aumentar el riesgo de caries., para facilitar la alimentación se recomiendan texturas húmedas, salsas caseras con bajo contenido de sodio, hidratación frecuente y seguimiento odontológico; aunque este componente suele omitirse en los planes generales, puede influir de manera directa en la tolerancia y la adherencia.^{6-7,25,32}

6. Conclusiones

El caso corresponde a una paciente joven con enfermedad autoinmune sistémica, enfermedad de Sjögren, lupus eritematoso sistémico y compromiso gastrointestinal crónico; los vómitos, el dolor abdominal, el bajo peso, la disminución de la masa muscular, la anemia, la hipopotasemia y la inflamación determinan un riesgo nutricional elevado.

La intervención nutricional requiere un inicio temprano, una estructura progresiva y resultados medibles; los hallazgos de bajo peso y pérdida muscular justifican aplicar NRS-2002 durante la hospitalización o MUST en el seguimiento ambulatorio, complementar con la valoración global subjetiva y confirmar la malnutrición mediante criterios GLIM cuando se disponga de la información necesaria.

La prescripción de una dieta rica en proteínas debe interpretarse como un aporte adecuado, repartido a lo largo del día y obtenido de fuentes de elevado valor biológico, no como un régimen hiperproteico sin supervisión; la cantidad tendrá que ajustarse de acuerdo con la función renal, la presencia de edema y el grado de proteinuria.

Mientras persistan los síntomas, se recomienda ofrecer preparaciones cocidas, de textura tolerable y distribuidas en porciones pequeñas, con cantidades reducidas de grasa e irritantes; tras alcanzar la estabilidad clínica, la alimentación podrá diversificarse gradualmente hasta adoptar un patrón mediterráneo, seguro y variado, con escasa presencia de productos ultraprocesados.

La inmunosupresión requiere una educación estructurada sobre inocuidad alimentaria, sobre todo durante las primeras semanas del tratamiento; en este periodo deberán excluirse los alimentos crudos, no pasteurizados o cuya procedencia no sea confiable.

El peso corporal, por sí solo, no permite determinar el avance de la recuperación; el seguimiento deberá considerar la fuerza y la masa muscular, la ingesta, la evolución de los síntomas, los indicadores bioquímicos, la calidad de vida y la participación de la familia.

7. Recomendaciones

Completar la evaluación inicial: en la primera consulta se registrarán el peso seco, la talla, el IMC, el porcentaje de pérdida ponderal, la circunferencia braquial y la fuerza mediante dinamometría, además de aplicar la valoración global subjetiva;

Definir el peso para los cálculos: utilizar el peso actual si no hay edema significativo; cuando exista retención de líquidos, recurrir al peso seco estimado o, si la condición clínica lo requiere, a un peso de referencia ajustado;

Controlar los electrolitos antes de aumentar el aporte: monitorear potasio, magnesio y fósforo; si la ingesta previa fue muy reducida, evaluar el riesgo de síndrome de realimentación antes de incrementar rápidamente el suministro nutricional;

Examinar posibles deficiencias: revisar vitamina D, calcio, hierro, vitamina B12 y folato; la suplementación se indicará únicamente cuando se identifique una carencia y deberá mantenerse bajo supervisión profesional;

Organizar la alimentación diaria: distribuir la ingesta en cinco o seis comidas de pequeño volumen, incluyendo en cada una alguna fuente de proteína segura y bien tolerada;

Reforzar la ingesta cuando sea insuficiente: considerar un suplemento nutricional oral o un módulo proteico si el consumo no cubre el 75 % de los requerimientos, ajustando la cantidad y el tiempo de uso según la tolerancia y la evolución clínica;

Moderar el sodio: reducir los productos ultraprocesados y mantener un consumo controlado, debido a la presencia de edema, el tratamiento con corticoides y el posible compromiso renal;

Ampliar la dieta de manera progresiva: reincorporar los lácteos deslactosados y pasteurizados, junto con la fibra alimentaria, conforme mejore la tolerancia digestiva;

Fortalecer la educación alimentaria familiar: capacitar a la paciente y a su familia en la elección, preparación, cocción, conservación y manipulación segura de los alimentos durante la inmunosupresión;

Establecer un seguimiento coordinado: realizar controles nutricionales semanales a lo largo del primer mes y mantener comunicación con reumatología y gastroenterología; posteriormente, la frecuencia de las consultas se adaptará a la evolución clínica.^{6,6}

7.1 Producto final de la propuesta

El producto final para la paciente y su familia debe ser una hoja de egreso nutricional de una página con: horarios, porciones, ejemplos de proteína por comida, lista de alimentos seguros, alertas, número de contacto y fecha de control. Para el equipo clínico, debe quedar documentado el diagnóstico nutricional, requerimientos, porcentaje de ingesta, evolución del peso seco, fuerza y laboratorio.^{10,26,33}

Referencias

1. Tian J, Zhang D, Yao X, Huang Y, Lu Q. Global epidemiology of systemic lupus erythematosus: a comprehensive systematic analysis and modelling study. *Ann Rheum Dis.* 2023;82(3):351-356. doi:10.1136/ard-2022-223035.
2. Beydon M, McCoy S, Nguyen Y, Sumida T, Mariette X, Seror R. Epidemiology of Sjögren syndrome. *Nat Rev Rheumatol.* 2024;20(3):158-169. doi:10.1038/s41584-023-01057-6.
3. Mayorga Garcés A, Rodríguez Vélez V, Dávila Bedoya S, Andrade Zamora D, Carrillo Ubidia JH, Ordoñez P. Epidemiología y comportamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal en la población ecuatoriana. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2020;50(1):20-27. doi:10.52787/SMTI9811.
4. Herrera CN, Bohórquez Velasco M, Tomalá Haz J. Lupus eritematoso sistémico juvenil: características clínicas e inmunológicas en una cohorte ecuatoriana de 71 pacientes, experiencia de un centro. *Medicina (Guayaquil).* 2020;22(2):73-79. doi:10.23878/medicina.v22i2.1097.
5. World Bank. Prevalence of anemia among women of reproductive age (% of women ages 15-49) - Ecuador [Internet]. Washington, DC: World Bank; 2023 [citado 22 jul 2026]. Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.ANM.ALLW.ZS?locations=EC>
6. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Andersen J, Aringer M, Arnaud L, Bae SC, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. *Ann Rheum Dis.* 2024;83(1):15-29. doi:10.1136/ard-2023-224762.
7. Ramos-Casals M, Brito-Zerón P, Bombardieri S, Bootsma H, De Vita S, Dörner T, et al. EULAR recommendations for the management of Sjögren's syndrome with topical and systemic therapies. *Ann Rheum Dis.* 2020;79(1):3-18. doi:10.1136/annrheumdis-2019-216114.
8. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition: a consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr.* 2019;38(1):1-9. doi:10.1016/j.clnu.2018.08.002.
9. Cederholm T, Jensen GL, Ballesteros-Pomar MD, Barazzoni R, Compher C, Correia MITD, et al. The GLIM consensus approach to diagnosis of malnutrition: a 5-year update. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2025. doi:10.1002/jpen.2756.
10. Pena E, Dos Santos LP, Espírito Santo RC, Guaresí S, Hirakata VN, Karnopp TE, et al. Systemic lupus erythematosus: a systematic review with meta-analysis on muscle strength, muscle mass, and physical function. *Clin Rheumatol.* 2023;42(5):1237-1248. doi:10.1007/s10067-023-06516-9.

11. Bischoff SC, Bager P, Escher J, Forbes A, Hébuterne X, Hvas CL, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in inflammatory bowel disease. *Clin Nutr.* 2023;42(3):352-379. doi:10.1016/j.clnu.2022.12.004.
12. Lomer MCE, Wilson B, Wall CL. British Dietetic Association consensus guidelines on the nutritional assessment and dietary management of patients with inflammatory bowel disease. *J Hum Nutr Diet.* 2023;36(2):336-377. doi:10.1111/jhn.13054.
13. Hashash JG, Elkins J, Lewis JD, Binion DG. AGA Clinical Practice Update on diet and nutritional therapies in patients with inflammatory bowel disease: expert review. *Gastroenterology.* 2024;166(3):521-532. doi:10.1053/j.gastro.2023.11.303.
14. Svolos V, Gordon H, Lomer MCE, Aloï M, Bancel A, Day AS, et al. European Crohn's and Colitis Organisation consensus on dietary management of inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis.* 2025;19(9):jjaf122. doi:10.1093/ecco-jcc/jjaf122.
15. Fiaccadori E, Sabatino A, Barazzoni R, Carrero JJ, Cupisti A, De Waele E, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in hospitalized patients with acute or chronic kidney disease. *Clin Nutr.* 2021;40(4):1644-1668. doi:10.1016/j.clnu.2021.01.028.
16. Sabatino A, Fiaccadori E, Barazzoni R, Carrero JJ, Cupisti A, De Waele E, et al. ESPEN practical guideline on clinical nutrition in hospitalized patients with acute or chronic kidney disease. *Clin Nutr.* 2024;43(10):2238-2254. doi:10.1016/j.clnu.2024.08.002.
17. Ikizler TA, Burrowes JD, Byham-Gray LD, Campbell KL, Carrero JJ, Chan W, et al. KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020 Update. *Am J Kidney Dis.* 2020;76(3 Suppl 1):S1-S107. doi:10.1053/j.ajkd.2020.05.006.
18. Rovin BH, Adler SG, Barratt J, Bridoux F, Burdge KA, Chan TM, et al. KDIGO 2024 clinical practice guideline for the management of lupus nephritis. *Kidney Int.* 2024;105(1S):S1-S69. doi:10.1016/j.kint.2023.09.002.
19. Camilleri M, Kuo B, Nguyen L, Vaughn VM, Petrey J, Greer K, et al. ACG Clinical Guideline: Gastroparesis. *Am J Gastroenterol.* 2022;117(8):1197-1220. doi:10.14309/ajg.0000000000001874.
20. Berger MM, Shenkin A, Schweinlin A, Amrein K, Augsburger M, Biesalski HK, et al. ESPEN micronutrient guideline. *Clin Nutr.* 2022;41(6):1357-1424. doi:10.1016/j.clnu.2022.02.015.
21. Cappellini MD, Musallam KM, Taher AT. Iron deficiency anaemia revisited. *J Intern Med.* 2020;287(2):153-170. doi:10.1111/joim.13004.

22. da Silva JSV, Seres DS, Sabino K, Adams SC, Berdahl GJ, Citty SW, et al. ASPEN Consensus Recommendations for Refeeding Syndrome. *Nutr Clin Pract.* 2020;35(2):178-195. doi:10.1002/ncp.10474.
23. Humphrey MB, Russell L, Danila MI, Fink HA, Guyatt G, Cannon M, et al. 2022 American College of Rheumatology guideline for the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis. *Arthritis Rheumatol.* 2023;75(12):2088-2102. doi:10.1002/art.42646.
24. United States Department of Agriculture. Food safety for people with weakened immune systems [Internet]. Washington, DC: USDA; 2024 [citado 22 jul 2026]. Disponible en: <https://www.fsis.usda.gov/food-safety/people-risk/people-weakened-immune-systems>
25. Castro FLAL, Heredia JE, Schuch LF, Arruda JAAA, Castro MAA, Calderaro DC, et al. Nutritional intervention for Sjögren disease: a systematic review. *Nutrients.* 2025;17(17):2743. doi:10.3390/nu17172743.
26. Academy of Nutrition and Dietetics. Nutrition Care Process Terminology (NCPT): standardized terminology for the Nutrition Care Process. Chicago: Academy of Nutrition and Dietetics; 2024.
27. White JV, Guenter P, Jensen G, Malone A, Schofield M; Academy Malnutrition Work Group; A.S.P.E.N. Malnutrition Task Force. Consensus statement: characteristics recommended for the identification and documentation of adult malnutrition. *J Acad Nutr Diet.* 2012;112(5):730-738. doi:10.1016/j.jand.2012.03.012.
28. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr.* 2003;22(4):415-421. doi:10.1016/S0261-5614(03)00098-0.
29. British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. Malnutrition Universal Screening Tool ('MUST'). Redditch: BAPEN; 2011.
30. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 1987;11(1):8-13. doi:10.1177/014860718701100108.
31. National Institute for Health and Care Excellence. Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. Clinical guideline CG32. London: NICE; 2006.
32. World Health Organization. Guideline: sodium intake for adults and children. Geneva: WHO; 2012.
33. European Food Safety Authority. Scientific opinion on dietary reference values for protein. *EFSA J.* 2012;10(2):2557. doi:10.2903/j.efsa.2012.2557.

34. Crohn's & Colitis Foundation. Nutrition and inflammatory bowel disease [Internet]. New York: Crohn's & Colitis Foundation; 2024 [citado 22 jul 2026]. Disponible en: <https://www.crohnscolitisfoundation.org/patientsandcaregivers/diet-and-nutrition>
35. National Kidney Foundation. Nephrotic syndrome [Internet]. New York: National Kidney Foundation; 2025 [citado 22 jul 2026]. Disponible en: <https://www.kidney.org/kidney-topics/nephrotic-syndrome>
36. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, Gisbert JP, Liou JM, Schulz C, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. *Gut*. 2022;71(9):1724-1762. doi:10.1136/gutjnl-2022-327745.
37. Baldini C, Fulvio G, La Rocca G, Ferro F. Update on the pathophysiology and treatment of primary Sjögren syndrome. *Nat Rev Rheumatol*. 2024;20(8):473-491. doi:10.1038/s41584-024-01135-3.
38. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition: a consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr*. 2019;38(1):1-9. doi:10.1016/j.clnu.2018.08.002.
39. Barazzoni R, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Higashiguchi T, Shi HP, et al. Guidance for assessment of the muscle mass phenotypic criterion for the Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) diagnosis of malnutrition. *Clin Nutr*. 2022;41(6):1425-1433. doi:10.1016/j.clnu.2022.02.001.
40. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clin Nutr*. 2003;22(4):415-421. doi:10.1016/S0261-5614(03)00098-0.

Apéndices

Apéndice 1. Formato de recordatorio de 24 horas

Tabla 17. Formato de recordatorio de 24 horas

Tiempo	Hora	Alimento/preparación	Cantidad	Síntomas posteriores
Desayuno				
Media mañana				
Almuerzo				
Media tarde				
Merienda				
Noche				

Autor y Fuente: Lcda Evelyn Andrade S.

Apéndice 2. Diario de síntomas digestivos

Tabla 18. Diario de síntomas digestivos

Día	Náusea 0-10	Dolor 0-10	Vómito	Deposiciones	Alimento sospechoso	Acción
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

Autor y Fuente: Lcda Evelyn Andrade S.

Apéndice 3. Lista de compras segura

- **Fuentes de proteína:** pollo fresco, pescado adquirido en lugares confiables, huevos, carne magra y yogur deslactosado y pasteurizado; también podrán incluirse suplementos nutricionales orales, siempre que se encuentren en envases sellados.

- **Fuentes de carbohidratos:** arroz, papa, yuca, avena, pasta o fideos sencillos y pan fresco.

- **Verduras:** zanahoria, zapallo, vainita y zucchini, consumidos inicialmente cocidos y con una textura ajustada a la tolerancia digestiva.²⁴

- **Frutas: manzana, pera, papaya y banano;** durante la primera etapa se ofrecerán cocidas o peladas, mientras que la porción de banano se adaptará según la tolerancia y los valores de potasio.

- **Productos complementarios:** aceite de oliva o canola, infusiones suaves, recipientes herméticos, jabón para el lavado de manos y, cuando sea posible, un termómetro de cocina.

Apéndice 4. Hoja de indicaciones familiares

Ofrecer seis comidas pequeñas distribuidas durante el día; evitar obligar a la paciente a consumir porciones grandes.

Incluir una fuente de proteína cocida en cada comida, como pollo, huevo, pescado o carne magra.^{26,33}

Cocinar completamente los alimentos; no ofrecer ceviche, sushi, huevo crudo, queso sin pasteurizar ni ensaladas preparadas en la calle.^{24,32}

Limitar la sal añadida y evitar cubitos concentrados, sopas instantáneas, embutidos, snacks y otros productos con alto contenido de sodio.³²

Registrar los alimentos consumidos, junto con la presencia de náuseas, vómitos o dolor; llevar este registro a cada control nutricional.¹⁹

Solicitar atención médica si aparecen fiebre, vómitos persistentes, dolor intenso, diarrea con sangre, edema progresivo o disminución de la cantidad de orina.

No iniciar suplementos herbales, productos naturales ni dietas obtenidas de internet sin la autorización del equipo tratante.⁶

Apéndice 5. Indicadores de alta nutricional segura

Tabla 19. Criterios de alta nutricional segura

Criterio	Cumple	Observación
Tolera dieta oral sin vómitos 48-72 horas		
Cubre al menos 75% de requerimientos		
Tiene plan escrito de 7 días		
Familia comprende inocuidad alimentaria		

Criterio	Cumple	Observación
Potasio y electrolitos estables o con plan de control		
Peso seco registrado		
Control nutricional agendado		
Control reumatología/gastroenterología agendado		

Autor y Fuente: *Lcda Evelyn Andrade S.*

Apéndice 6. Fórmulas prácticas para individualizar

- Energía inicial = peso seco (kg) $\times$ 25-30 kcal.²⁶
- Energía de recuperación = peso seco (kg) $\times$ 30-35 kcal.²⁶
- Proteína base de recuperación = peso seco (kg) $\times$ 1,2-1,5 g, si función renal está conservada.^{15-18,26,33}
- Sodio: evitar añadir sal; meta orientativa menor de 2 g de sodio al día si hay edema o corticoterapia.³²
- Agua: iniciar 30-35 ml/kg/día y ajustar a vómitos, edema, función renal y presión arterial.¹⁵⁻¹⁸

Tabla 20. Matriz de seguimiento bioquímico y clínico

Variable	Basal	Semana 2	Semana 4	Semana 8	Semana 12	Interpretación nutricional
Peso seco						Diferenciar ganancia real de masa vs retención hídrica
IMC						Clasifica bajo peso, normalidad o exceso, pero no sustituye composición corporal
Circunferencia braquial						Útil para seguimiento de masa magra en domicilio
Dinamometría						Mejoría funcional aunque el peso cambie poco
Ingesta estimada						Porcentaje de requerimientos cubiertos
Náusea/dolor						Guía progresión de grasa, fibra y volumen

Variable	Basal	Semana 2	Semana 4	Semana 8	Semana 12	Interpretación nutricional
Potasio						Vigilar por vómitos y reposición
Magnesio/fósforo						Importantes si hay riesgo de realimentación
Hemoglobina						Evaluar respuesta; no asumir solo déficit de hierro
Hierro/TSAT/ferritina						Interpretar ferritina con PCR/inflamación
Vitamina D/calcio						Prioritario por corticoides y salud ósea
Creatinina/urea						Ajustar proteína y líquidos si cambia función renal
EMO/proteinuria						Decidir si mantener o moderar proteína
PCR/VSG						Relacionar síntomas y catabolismo con inflamación
Glucosa						Vigilar por prednisona y estrés inflamatorio

Autor y Fuente: Lcda Evelyn Andrade S. con base en las referencias 15-25.



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



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



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

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Evelyn Jazmín Andrade Sánchez, con C.C: 0952504660 autora del trabajo de titulación: “Propuesta de abordaje nutricional integral en paciente joven con enfermedad autoinmune sistémica y compromiso gastrointestinal crónico”, 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.

Evelyn Andrade S.

f. _____

Nombre: Evelyn Jazmín Andrade Sánchez
C.C: 0952504660



**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 integral en paciente joven con enfermedad autoinmune sistémica y compromiso gastrointestinal crónico		
AUTORA	Evelyn Jazmín Andrade Sánchez		
REVISORA/TUTORA	Ing. Carlos Luis Poveda Loor, Mgs. /Dra. Martha Victoria Celi.Mero, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema 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 de septiembre de 2026	No. DE PÁGINAS:	44
ÁREAS TEMÁTICAS:	Nutrición clínica; reumatología; gastroenterología; soporte nutricional.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	nutrición clínica; lupus eritematoso sistémico; Sjögren; malnutrición; inmunosupresión.		
RESUMEN/ ABSTRACT			
El lupus eritematoso sistémico y la enfermedad de Sjögren son trastornos autoinmunes crónicos de carácter multisistémico. La coexistencia de ambas enfermedades puede ocasionar síntomas gastrointestinales, cambios hematológicos, cansancio, xerostomía y afectación renal. La inflamación sostenida, las molestias digestivas y el tratamiento con glucocorticoides e inmunoterapia pueden limitar la ingesta alimentaria. Esta combinación incrementa la probabilidad de pérdida de masa muscular, carencias de micronutrientes, alteraciones electrolíticas y problemas asociados con la inocuidad de los alimentos. Ante la complejidad del caso, marcado por una superposición autoinmune y un compromiso gastrointestinal crónico, el trabajo se orientó a diseñar una intervención nutricional integral, gradual y susceptible de seguimiento mediante indicadores medibles. Para ello, se desarrolló un estudio de caso aplicado, organizado conforme al Proceso de Atención Nutricional. La evaluación contempló los instrumentos de tamizaje NRS-2002 y MUST, la valoración global subjetiva y los criterios GLIM. Además, se consideraron guías actualizadas de nutrición clínica, gastroenterología, reumatología y nefrología. La propuesta se distribuyó en cinco fases: valoración, estabilización, egreso temprano, recuperación de la masa magra y mantenimiento. Entre las principales medidas se contemplaron una alimentación fraccionada, cocida y con textura adaptada; un aporte proteico suficiente, ajustado según la función renal; el control del sodio; la corrección de deficiencias nutricionales; la prevención del síndrome de realimentación y la educación de la familia.			
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	593-0958613778	Eve_andrade09@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Alexandra Josefina Bajaná Guerra Teléfono: +593-4-3804600 E-mail: alexandra.bajana@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			