



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
ESCUELA DE TECNOLOGIA MEDICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICION Y DIETETICA



**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO
PREVIO A LA OBTENCION DEL GRADO ACADEMICO DE
LICENCIADA EN NUTRICION Y DIETETICA**

TITULO DEL CASO CLINICO

**NODULO TIROIDEO EN PACIENTE SEXO FEMENINO DE 52
AÑOS DE EDAD VIVE EN GUAYAQUIL**

AUTORA

DIXY YOMAYRA GOROZABEL LINDAO

BABAHOYO – LOS RIOS – 2017



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
ESCUELA DE TECNOLOGIA MEDICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



TRIBUNAL DE SUSTENTACION

DR.HERNAN ARCENIO ROMERO RAMIREZ, PHD.
DECANA O DELEGADO (A)

DRA.ROSARIO DEL CARMEN CHUQUIMARCA CHIQUIMARCA, PHD.
COORDINADOR DE LA CARRERA O DELEGADO (A)

DR. MARCELO PATRICIO VARGAS VELAZCO, MSC.
COORDINACION GENERAL DEL CIDE O DELEGADO(A)

AB. VANDA YADIRA ARAGUNDI HERRERA
SECRETARIA GENERAL
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD





INDICE

Agradecimiento.....

Dedicatoria.....

CAPITULO I

1. Título.....

2. Introducción.....

3. Marco Teórico.....

3.1 Justificación.....

3.2 Objetivos.....

3.3 Datos Generales.....

CAPITULO II

4. Metodología del diagnóstico.....

4.1 Análisis del Motivo de consulta.....

4.2 Historial Clínico del paciente.....

4.3 Anamnesis.....

4.4 Análisis y descripción de las conductas que determinan el problema.....

4.5 Exploración Clínica.....

4.6 Formulación del diagnóstico previo al análisis de datos.....

4.7 Conducta a seguir.....

4.8 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....

4.9 Seguimiento.....

4.10 Observaciones.....

5. Conclusiones.....

6. Referencias Bibliográficas.....

7. Anexos.....



DEDICATORIA

Dedico este trabajo primeramente a Dios por haberme permitido llegar hasta donde estoy por ser pieza importante en mi vida, por darme la sabiduría e inteligencia que necesitaba para poder realizar y culminar mi proceso universitario.

A mis padres: Didci Lindao C. y Jorge Gorozabel C. ya que ellos son unos de los pilares fundamentales de mi vida y de mi formación como profesional

A mi hijo Thiago Miguel Vera Gorozabel porque por él nunca me di por vencida siempre seguí adelante para que cuando crezca esté orgullosa de su mami. Te amo bebé y por ti siempre saldré adelante.

A mis hermanos Christian, Mayra, José y Jorge por su ayuda directa e indirectamente también a mi cuñada Viviana por cuidar de mi bebé las veces que tuve que ir a la universidad.

A mi suegra Sra. María Zapata C. por brindarme apoyo justo en el momento que empezaba mi formación profesional cuidándome a mi hijo siendo una segunda madre para él ahora que ya no te encuentras junto a nosotros me doy cuenta de la excelente abuela que eras siempre te llevaré en mi corazón.

Por ultimo dedico este trabajo a aquellas personas que apostaban que renunciaría al primer obstáculo que se me presentara y que quisieron verme caer pero aquí estoy a punto de llegar a mi meta.

DIXY YOMAYRA GOROZABEL LINDAO



AGRADECIMIENTO

Estoy totalmente agradecida con mi Dios el Todopoderoso por la vida que me regala todos los días, por no permitirme caer ante los obstáculos que tuve durante todo este proceso y por ayudarme haber llegado a mí meta. Gracias mi Dios Padre amado por tú amor infinito.

A mi mami Didci Lindao C. por ser una madre excepcional por estar siempre brindándome su apoyo, dándome sus consejos y apoyo emocional para no rendirme ante las adversidades presentadas durante este proceso.

A mi papi Jorge Gorozabel C. por estar siempre pendiente de mi formación profesional por ser un padre único con sus consejos invaluable aunque a veces no esté en acuerdo con él de igual manera valoro y tomo en cuenta sus consejos.

A mi hijo por haber llegado a mi vida justo en el momento indicado a darme esas fuerzas y motivación para seguir luchando por mi sueño y el sueño de mis padres. Mi amor fue muy difícil este proceso más aun con tú llegada pero supimos salir adelante junto a tú papi y a todas esas personas que nos ayudaron cuidándote.

A mi esposo Luis Vera Z. por toda la confianza y apoyo brindado durante todo mi proceso universitario.

A todos mis maestros que pasaron por mi proceso y me ayudaron en mi Formación especialmente a la Dra. Rosario Chuquimarca, Dra. Miriam Lindao, Dr. Walter Gonzales, Dra. Roció Vera, Ing. Javier Paredes y la Lcda. Blanquita Najera por sus numerosos consejos y experiencias compartidas en el aula de clase.

A mis amigos: Gisselle Burgos, Christian Haro, Margoth Iza, Mercedes Escudero, Karla Valle, Juana Saucedo que fueron al comienzo unos compañeros de aula pero que al transcurrir el proceso de formación se convirtieron en mis amigos también debo resaltar el apoyo incondicional de Gisselle Burgos y Christian Haro que se convirtieron en mis grandes amigos.

DIXY YOMAYRA GOROZABEL LINDAO



INTRODUCCIÓN

Entre las enfermedades que se derivan de la obesidad está la diabetes tipo 2, que se caracteriza por el aumento de los niveles de azúcar en la sangre. Con el paso del tiempo, este incremento de azúcar puede afectar a distintos órganos, provocando dolencias de tipo cardiovascular y neurológico. Con el aumento del número de personas que padecen obesidad, también aumenta el de las personas que padecen diabetes tipo 2.

Dada la relación entre ambas enfermedades, cada vez son más las personas que, como consecuencia de su obesidad, acaban padeciendo diabetes tipo 2 y viceversa. Por este motivo, desde hace unos años, en el ámbito sanitario se ha comenzado a utilizar un nuevo término para denominar la coincidencia de ambas enfermedades en la misma persona: *Diabesidad*.

Hay otros factores de riesgo asociados con la diabetes tipo 2 como la edad y la raza, pero por supuesto no hay ningún control sobre estos factores. Los estudios han demostrado que más de la mitad de las personas diagnosticadas con diabetes son considerados clínicamente obesos.

Las personas que son obesas y trabajan duro para bajar de peso pueden manejar mejor su diabetes mediante la dieta o medicamentos por vía oral en lugar de las inyecciones de insulina. La incorporación de un plan de alimentación saludable y actividad física regular también ayudará a controlar la enfermedad. (Diaprokál, 2017)



I. MARCO TEORICO

El término de Diabetes Mellitus DM describe un conjunto de síndromes que se producen como consecuencia de un déficit de actividad insulínica en los tejidos del organismo. La DM está constituyendo actualmente una pandemia que afecta tanto a países desarrollados como a países en desarrollo. Las alteraciones metabólicas que origina la DM provocan diferentes procesos patológicos secundarios, que son una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad y suponen un problema importante para el individuo que padece la enfermedad y un coste elevado para el sistema sanitario. Una dieta adecuada y regulada es imprescindible para prevenir y controlar la DM, así como para prevenir o al menos reducir la velocidad de la aparición de los procesos patológicos secundarios de esta alteración metabólica. (Mora, 2015)

La diabetes es una enfermedad que afecta los niveles de azúcar en el organismo. Cuando los niveles son muy altos se genera un desequilibrio en varios órganos del cuerpo, provocando problemas cardiovasculares y neurológicos. (Núñez, 2016)

La DM en personas genéticamente predispuestas gravita fundamentalmente sobre dos coordenadas: Edad e IMC. El aumento de prevalencia de la DM tipo 2 se atribuye fundamentalmente al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de la obesidad. Efectivamente, la obesidad aun moderada triplica el riesgo de padecer DM tipo 2 en edades medias de la vida. El paciente obeso está sometido a una mayor mortalidad que el delgado y mayor y riesgo de padecer Diabetes Mellitus (DM), que a su vez perjudica aún más su perspectiva de vida. La mortalidad aumenta cuando el Índice de Masa Corporal o IMC supera los 25 a 27 según los estudios realizados. Este incremento de mortalidad esta fundamentalmente relacionado con problemas cardiovasculares favorecidos a su vez en el paciente obeso por la coexistencia de otros factores de riesgo: Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión e Hiperlipidemia. (Casares, 2001)



FISIOPATOLOGÍA

La diabetes mellitus tipo 2 (DM-2) puede explicar entre el 90 y el 95% de todos los casos diagnosticados de diabetes y es una enfermedad progresiva, que en muchos individuos está presente bastante tiempo antes de ser diagnosticada. El desarrollo de la hiperglucemia es gradual, y muchas veces no es suficientemente intensa en los primeros estadios como para que el paciente note cualquiera de los síntomas clásicos de diabetes. Aunque no diagnosticados, esos individuos experimentan riesgo aumentado de desarrollar complicaciones macro vasculares y micro vasculares. La DM-2 se caracteriza por la combinación de insuficiencia de las células b y resistencia a la insulina. Los niveles de insulina endógena pueden ser normales, bajos o altos, pero resultan inadecuados para superar la resistencia a la insulina simultánea (disminución de la sensibilidad o la reactividad de los tejidos a la insulina); como consecuencia se produce hiperglucemia. La resistencia a la insulina se demuestra también en los adipocitos, donde conduce a lipólisis y elevación de los ácidos grasos libres circulantes. En particular, la obesidad intraabdominal, caracterizada por acumulación de un exceso de grasa visceral alrededor y dentro de los órganos abdominales, origina un flujo aumentado de ácidos grasos libres hacia el hígado y conduce a un aumento de la resistencia a la insulina. El aumento de ácidos grasos causa mayor disminución de la sensibilidad a la insulina al nivel celular, altera la secreción de insulina por el páncreas y aumenta la producción de glucosa por el hígado (lipotoxicidad). Estos defectos anteriores contribuyen al desarrollo y la progresión de DM-2. Las personas con DM-2 pueden experimentar o no los síntomas clásicos de la diabetes descontrolada, y no están predispuestos al desarrollo de cetoacidosis. La pérdida progresiva de la función secretora de las células b significa que las personas con DM-2 necesitarán cada vez más medicamentos para mantener el mismo grado de control glucémico; con el tiempo, precisarán insulina. (Franz M. J., 2013).



FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE DIABETES

- ❖ Familiar de primer grado con DMT2
- ❖ GAA o TGA
- ❖ Obesidad/Sobrepeso
- ❖ Enfermedad cardiovascular
- ❖ Hipertensión Arterial
- ❖ Dislipidemia
- ❖ Diabetes gestacional (Kirchner, 2008).

DIETA

La dieta es el pilar básico del tratamiento de la DM 2. Sin embargo, la evidencia sobre el tipo de dieta (calorías totales, composición por principios inmediatos, menús, raciones, intercambio, etc.) y la forma de conseguir la adhesión por parte del paciente a la misma continúa siendo un área que requiere evidencias sólidas para poder realizar recomendaciones firmes. Los objetivos del tratamiento dietético en la diabetes incluyen el logro de un peso adecuado, con el mantenimiento de los niveles de glucosa lo más próximos al rango de normalidad, y la mejoría del perfil lipídico y de la presión arterial; todo ello teniendo en cuenta las preferencias personales y culturales de los pacientes. Puesto que el 80% de los diabéticos tipo 2 tienen sobrepeso u obesidad, se debe considerar en primer lugar si el paciente precisa una dieta hipocalórica. Las recomendaciones generales acerca de la proporción de principios inmediatos en la dieta, tanto para pacientes con sobrepeso como con normo peso, no son diferentes de las de la población general. Los paneles de recomendación de las diferentes guías mantienen, para las personas diabéticas, la proporción de 50%-60% de aporte de las necesidades energéticas en forma de hidratos de carbono, un 15% en forma de proteínas y menos del 30% en forma de grasas. El cálculo inicial de las necesidades calóricas se realiza teniendo en cuenta las calorías basales (10 Kcal/0,45 kg de peso corporal deseable) y el número de calorías según la actividad física desarrollada. (Nagusia, 2008).



El tratamiento dietético de la diabetes tipo 2 (DM2) ha variado ostensiblemente en las últimas décadas, primordialmente con la mejora de las terapias farmacológicas disponibles y posteriormente con la publicación de múltiples estudios centrados en la relación entre dieta y DM2. Uno de los aspectos fundamentales en el tratamiento dietético de la DM2 es evaluar la existencia de sobrepeso-obesidad en el paciente. Dado que la pérdida modesta de peso ha demostrado una reducción importante de la resistencia insulínica, se recomienda que cualquier paciente con DM2 y sobrepeso/obesidad pierda peso, lo cual se suele conseguir mediante la inducción de un déficit diario calórico de 500-1000 kcal. Sin embargo, en el paciente diabético sin sobrepeso u obesidad, la ingesta calórica debe ser similar a la del paciente no diabético. Respecto a la distribución del porcentaje de macronutrientes (carbohidratos, proteínas, grasas), en el paciente diabético, las últimas recomendaciones indican que no existe una distribución ideal de estos macronutrientes y que se debería basar en la evaluación individual, los patrones de alimentación preferidos y los objetivos metabólicos. La ingesta de carbohidratos sí debería ser variada, e incluir carbohidratos procedentes de frutas, vegetales, cereales integrales, legumbres y leche desnatada. La ingesta abundante de fibra (al menos 50 gramos diarios o 14 gramos/1000 kcal) es altamente recomendable en este grupo de población. (Pérez, 2014)

OBESIDAD

La obesidad es una enfermedad que afecta el funcionamiento correcto del cuerpo por la adiposidad abdominal y resistencia a la insulina. Se ha concluido que el índice de masa corporal no es el factor de medida para comprender la obesidad, sino que esté unido a otros factores, son los determinantes que hacen de esta enfermedad una de las principales causas de patologías cardiovasculares. La obesidad es el consumo desproporcionado de alimentos grasos y altos en azúcares, lo cual provoca un desequilibrio en el organismo. El azúcar es necesario para el cuerpo en forma de glucosa, elemento que ingresa al torrente sanguíneo. Para nivelar los niveles de glucosa que entran a la sangre, existe una sustancia llamada insulina que se da en el páncreas. Sin embargo, el abuso de azúcares provoca que haya menos insulina y se



dé una resistencia a ella, generando un bloqueo en el ingreso de la glucosa a la sangre. Esto provoca un hiperinsulinismo que genera problemas para el páncreas y no solo produce diabetes, sino que afecta a otros órganos del cuerpo. Este proceso que empieza en la obesidad termina desarrollando la diabetes tipo 2 y los pacientes que lo sufren tienen altos riesgos de enfermedades cardiovasculares, discapacidad y por ende, muerte prematura. (Núñez, 2016)

La obesidad desempeña un papel clave en el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2 y en la evolución de su control metabólico y tratamiento. El efecto es tan importante, que la diabetes tipo 2 en la adolescencia se ha convertido en un problema metabólico a descartar. Por lo tanto, en las personas con diabetes tipo 2 la valoración y el tratamiento de la obesidad acompañante se presenta como un elemento esencial en el esquema terapéutico global. El programa de alimentación constituye uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de la obesidad, cuyo objetivo es conseguir un balance energético negativo entre la ingesta y el gasto calórico. Se trata de un proceso terapéutico eminentemente dinámico y que requiere por tanto adaptación con el transcurso de la pérdida ponderal ya que ésta se acompaña de cambios en la composición corporal y en los requerimientos calóricos del individuo. (Salvador, Botella, Chacón, & Amoroso, 2017)

Complicaciones y Asociaciones Clínicas

- ❖ **Hiperinsulinemia, resistencia a la insulina y diabetes.-** La prevalencia de diabetes mellitus no insulino dependiente es tres veces superior en personas obesas y casi siempre puede controlarse reduciendo el peso del paciente.
- ❖ **Hipertensión Arterial.-** Se da una alta prevalencia de hipertensión arterial en personas obesas, que disminuye al perder peso.
- ❖ **Enfermedades Cardiovasculares.-** La obesidad puede producir aumento del volumen sanguíneo, del volumen diastólico del ventrículo izquierdo y del gasto cardíaco, dando lugar a hipertrofia y dilatación del ventrículo izquierdo. La



insuficiencia cardíaca congestiva y la muerte súbita son mucho más frecuentes en obesos.

- ❖ **Lípidos Plasmáticos.**- Aumento de los niveles de triglicéridos y de LDL-colesterol.
- ❖ **Insuficiencia Venosa Periférica.**- A mayor obesidad, mayor riesgo de varices, edemas y tromboembolia.
- ❖ **Cáncer.**- Mayor riesgo de cáncer de endometrio, mama, vesícula y vías biliares en mujeres obesas. En el varón, cáncer de colon, recto y próstata.
- ❖ **Colelitiasis.**- El paciente obeso presenta un alto riesgo de padecer colestiasis.

ACTIVIDAD FÍSICA Y EJERCICIO

La falta de ejercicio físico y un estilo de vida tendente al sedentarismo, agravados por la sobrealimentación crónica, también originan aumentos del peso. La naturaleza sedentaria de la sociedad contribuye al creciente problema de la obesidad. Un número menor de personas realiza ejercicio y pasa más tiempo realizando actividades asociadas a un bajo gasto energético delante de una pantalla, como ver la televisión, utilizar el ordenador y jugar a videojuegos, o conduciendo en el coche para acudir al trabajo o actos sociales.

En las personas con DM-2, el control de la glucemia puede mejorar con el ejercicio, en gran parte por disminución de la resistencia a la insulina y aumento de la sensibilidad a la insulina, lo que proporciona aumento del uso periférico de la glucosa no solo durante la actividad sino también después de ella. Este aumento de la sensibilidad a la insulina inducido por el ejercicio es independiente de cualquier efecto sobre el peso corporal. Se ha descrito que las intervenciones con ejercicios estructurados de una duración no inferior a 8 semanas consiguen reducir la A1C. El ejercicio también disminuye los efectos de las hormonas contrarreguladoras, lo que a su vez reduce la producción de glucosa por el hígado y contribuye a mejorar el control de la glucemia.



Es necesario que el paciente realice ejercicio físico ya que este le va ayudar a mejorar su estado nutricional también a controlar sus enfermedades. Debe comenzar con ejercicios leves o suaves puede hacer caminatas, trote suave, bailar, andar en bicicleta, estos son algunos ejemplos ejercicios que puede realizar el tiempo sería de 30 minutos cinco veces por semana o 50 minutos 3 veces por semana. (Franz M. J., 2013)

Importancia de la Actividad Física para el Control de la Diabetes.

- ❖ Mejora la eficiencia de la insulina.
 - ❖ Disminuye la glicemia, ya que, mientras se hace ejercicio, los músculos consumen más glucosa con ayuda de la insulina.
 - ❖ Combate el exceso de peso y la obesidad, al quemar grasas acumuladas.
 - ❖ Reduce el riesgo de muerte por enfermedad cardíaca o AVC.
 - ❖ Reduce el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, cáncer de colon y DM tipo 2 hasta en un 50%.
 - ❖ Ayuda a desarrollar y mantener huesos, músculos y articulaciones sanos.
- (Rosales & Castro, Guía para la atención de las personas diabéticas Tipo 2, 2007).

La ganancia ponderal ha sido incluida clásicamente como uno de los síntomas clínicos del déficit de hormonas tiroideas; de hecho, varios estudios han relacionado el aumento sérico de TSH con el incremento del índice de masa corporal¹⁻³, e incluso se ha demostrado una correlación entre los niveles de TSH y el porcentaje de grasa corporal. Sin embargo, no está tan clara la influencia que puede tener el aumento de peso en la función tiroidea. Algunos estudios sugieren que la obesidad puede derivar en una hipofunción tiroidea pero existen resultados contradictorios. Dada la elevada prevalencia en nuestra sociedad de obesidad (en nuestro país, casi el 17% de los adultos pero en EEUU se habla de prevalencias de hasta un 32,2% en varones y 35,5% en mujeres, de ser cierta esta relación entre aumento de peso y niveles de TSH, gran parte de nuestra población con exceso de peso debería tener una disfunción tiroidea, presumiblemente subclínica. (Ricoa, Fernández, Placer, Agudo, Rosel, & Castro, 2010)



- **JUSTIFICACION**

El presente estudio de caso está enfocado en el control adecuado de la Diabetes Mellitus Tipo 2 y en la Obesidad Ginoide que presenta la paciente de 52 años de edad dichas enfermedades no han sido tratadas principalmente la Diabetes Mellitus tipo 2 que se le fue diagnosticada hace 4 años.

Por lo tanto se realizará cambios en el estilo de vida y en la alimentación de la paciente para que mediante estas modificaciones pueda llevar sus niveles alterados dentro de los parámetros. También se le recomienda una observación anual del Nódulo Tiroideo que presenta.

- **OBJETIVO GENERAL**

Establecer cambios en el estilo de vida y en la alimentación de la paciente para llevar sus niveles alterados a los adecuados.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Reducir 1kg del peso corporal por semana.
2. Controlar la ingesta adecuada de Carbohidratos.
3. Promover e incentivar a la paciente para que realice actividad física de 30 minutos por cinco días a la semana.
4. Prescribir una dieta para diabéticos baja en grasas.

- **DATOS GENERALES**

Paciente femenina de 52 años de edad, vive en Guayaquil.



II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

- **ANÁLISIS Y MOTIVO DE LA CONSULTA.**

La paciente llega al endocrinólogo porque piensa que tiene problemas de Tiroides por el motivo que ha intentado bajar de peso y no ha podido también indica que nadie le ha explicado como alimentarse adecuadamente para controlar la Diabetes.

- **HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE.**

La paciente hace cuatro años se le diagnosticó Diabetes Mellitus Tipo 2 por el cual no ha llevado ningún tipo de control por este descuido, en la actualidad también presenta una Obesidad Ginoide.

- **ANAMNESIS**

Según la información obtenida la paciente no refiere datos sobre su alimentación.

- **ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA.**

La paciente tiene Diabetes hace 4 años debido a que no ha recibido ningún control médico y nutricional presenta valores alterados de glicemia, colesterol, triglicéridos como consecuencia se le originó una Obesidad.

- **EXPLORACION CLINICA**

La exploración física revela una paciente con Obesidad Ginoide.

- **FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PREVIO AL ANALISIS DE DATOS.**

La paciente se realizó los siguientes exámenes complementarios que revelan:

Exámenes de laboratorio:

RESULTADOS	VALORES DE REFERENCIA
• Glicemia en ayunas 236mg/dl	100mg/dl
• Hemoglobina Glicosilada 11.19%	5%- 7%



- Colesterol 219mg/dl. < 200 mg/dl
- Triglicéridos 298mg/dl. <150 mg/dl

Examen Ecográfico

El informe de la prueba ecográfica de tiroides dio como resultado Nódulo tiroideo.

- **CONDUCTA A SEGUIR**

En esta etapa se tendrá que realizar la Valoración Nutricional que consiste en:

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

CALCULO DEL INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

Peso: 97.2kg Talla: 1.58m

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO (KG)}}{\text{TALLA (m)}^2}$$

$$\text{IMC} = \frac{97.2\text{Kg}}{(1.58\text{cm})(1.58\text{cm})}$$

$$\text{IMC} = \frac{97.2\text{Kg}}{2.49 \text{ (m}^2\text{)}}$$

$$\text{IMC} = 39.0 \text{ Kg/m}^2$$

DIAGNOSTICO= *Obesidad Grado II*

PESO ÓPTIMO O IDEAL

$$\text{PI} = T \times T \times 20.6$$

$$\text{PI} = 1.58 \times 1.58 \times 20.6$$

$$\text{PI} = 52.1 \text{ kg}$$

PESO AJUSTADO

$$\text{PA} = \text{P.A} - \text{P.I} \times 0.38 + \text{P.I}$$

$$\text{PA} = 97.2 - 51.2 \times 0.38 + 51.2$$

$$\text{PA} = 68.6\text{kg}$$



VALORACIÓN BIOQUÍMICA

Según la valoración bioquímica el diagnóstico médico es: Niveles Elevados de Glicemia en ayunas y Hemoglobina Glicosilada (resultados de una Diabetes Mellitus Tipo 2 mal controladas) y Dislipidemia.

VALORACIÓN DIETÉTICA

Se debe realizar un recordatorio de 24 horas para conocer los hábitos alimentarios de la paciente.

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL

Prescripción Dietética:

A la paciente se le prescribe una dieta para diabéticos pero baja en calorías fraccionada en 5 comidas diarias también se le recomienda que realice ejercicios de tipo resistencia (trote suave) y de flexibilidad (bailar) una media hora por 5 días a la semana con estas modificaciones se desea llevar a los niveles elevados a sus parámetros normales como así también lograr que el paciente pierda peso corporal (1kg por semana).

CÁLCULO DE CALORÍAS

Para poder calcular las calorías de la paciente trabajé con la fórmula y el Factor de Actividad de la FAO/OMS/UNU.

Tasa Metabólica Basal

$$\text{TMB} = 8.7 \times P + 829$$

$$\text{TMB} = 8.7 \times 68.6 + 829$$

$$\text{TMB} = 1.425 \text{kcal}$$

Requerimiento Energético Total

$$\text{RET} = \text{TMB} \times \text{AF}$$

$$\text{RET} = 1.425 \text{kcal} \times 1.2$$

$$\text{RET} = 1.710 \text{kcal}$$



DISTRIBUCIÓN DE MACRONUTRIENTES

$$\text{CARBOHIDRATOS} = \frac{1.700\text{Kcal} \times 60\%}{100\%}$$

$$\text{C/H} = 1.020\text{Kcal}/4 = 255\text{gr}$$

$$\text{PROTEINAS} = \frac{1.700\text{Kcal} \times 15\%}{100\%}$$

$$\text{P} = 255\text{Kcal}/4 = 63.7\text{gr}$$

$$\text{GRASAS} = \frac{1.700\text{Kcal} \times 25\%}{100\%}$$

$$\text{GR} = 425\text{Kcal} / 9 = 47.2\text{gr}$$

	Porcentaje	Kcal	Gramos
CARBOHIDRATOS	60%	1.020Kcal	255gr
PROTEINAS	15%	255Kcal	63.7 gr
GRASAS	25%	510.5 kcal	47.2 gr

DISTRIBUCION PORCENTUAL DIARIO

Basada en 1.700 Kcal la cual será fraccionada en 5 comidas.

$$\text{DESAYUNO} = \frac{1.700\text{Kcal} \times 20\%}{100\%}$$

$$\text{D} = 340\text{Kcal}$$

$$\text{REFRIGERIO} = \frac{1.700\text{Kcal} \times 15\%}{100\%}$$

$$\text{R} = 255\text{Kcal}$$

$$\text{ALMUERZO} = \frac{1.700\text{Kcal} \times 30\%}{100\%}$$

$$\text{A} = 510\text{Kcal}$$

$$\text{REFRIGERIO} = \frac{1.700\text{Kcal} \times 5\%}{100\%}$$

$$\text{R} = 85\text{Kcal}$$

$$\text{MERIENDA} = \frac{1.700\text{Kcal} \times 30\%}{100\%}$$

$$\text{M} = 510\text{Kcal}$$



MENÚ

Menú: Un vaso con leche + Pan Integral + Fruta						
Desayuno	Porción	Medidas	Kcal	CHO	Prot.	Grasas
Leche descremada	1 taza	240ml	50	25.36	12.2	0.70
Pan Integral	2 reb.	80gr	251	27.5	2.26	1.5
Melón	1 unidad	80gr	32	6.60	0.70	0.30
	TOTAL		333	59.46	15.16	2.5

Menú: Sopa de Queso, Arroz y Pollo a la plancha + Ensalada						
Almuerzo	Porción	Medida	kcal	CHO	Prot.	Grasas
Zanahoria	1 taza	60gr	59	5.3	0.36	0.28
Acelga	½ taza	50gr	39	4.80	4.25	0.32
Choclo Tierno	1 pequeño	60gr	63	9	1.86	0.62
Frejol tierno	½ taza	60gr	31.8	58.50	15.6	1.20
Cebolla	1 peq.	50gr	1.5	2.53	-----	-----
Tomate	2 medianos	150gr	70	0.9	0.2	-----
Pepino	1 mediano	60gr	14	2.40	0.90	0.10
Lechuga	½ taza	40gr	10	4.31	1.05	-----
Queso	2 onzas	60gr	98.4	3	10.18	4.2
Pollo sin piel	2 onza	60gr	108	-----	9.1	10.00
Agua Aromática Sin Azúcar	1 taza	240ml	1	-----	-----	-----
	TOTAL		495.7	87.74	43.5	16.72



MENÚ: Yogurt + Galletas Integrales						
Refrigerio Media Mañana	Porción	medidas	Kcal	CHO	Prot.	Grasas
Yogurt semidescremado	1/2 taza	120ml	63	5.64	3.2	4.96
Galletas integrales	6 unidades	80gr	144	32.5	3.0	9.03
	TOTAL		207	38.14	6.2	13.99

MENÚ: Fruta picada						
Refrigerio Media Tarde	Porción	medidas	Kcal	CHO	Prot.	Grasas
Duraznos	2 Unidades	80gr	102	11.70	0.90	0.10
	TOTAL		102	11.70	0.90	0.10

Menú: Pescado a la plancha + Ensalada + Agua Aromática						
Merienda	Porción	Medidas	Kcal	CHO	Prot.	Grasas
Choclo Tierno	1 taza	60gr	300	60.5	3.25	4.70
Tomate	1 peq.	50gr	21	0.9	0.2	-----
Cebolla	1 peq.	50gr	15	2.53	-----	-----
Pescado	3 onzas	120gr	163	-----	6.2	10.00
Agua Aromática Sin Azúcar	1 taza	240ml	1	-----	-----	-----
	TOTAL		500	63.93	9.65	14.7
	TOTAL		1.637	264.3	67.2	48.01
	ADECUACIÓN		96%	103%	105%	101%



- **INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.**

ARTICULO 1

Citado de la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal:

“La asociación fisiopatológica entre la obesidad y la DM2 surge cuando la obesidad visceral genera un estado de hiperinsulinemia e hiperglicemia, tanto en estado de alimentación como en ayuno. Los adipocitos de la grasa visceral tienen incrementada la actividad del receptor b-3-adrenérgico, por lo que la lipólisis dependiente de catecolaminas se estimula, liberando cantidades elevadas de ácidos grasos libres (AGL) a la circulación, además los adipocitos de pacientes obesos producen TNFa, citocina que incrementa la lipólisis de tejido adiposo y músculo, liberando más AGL la circulación generando resistencia a insulina periférica y hepática (19), lo que se trata de compensar con un incremento en la secreción de insulina dependiente de glucosa”. (Hita, Rodríguez, Maldonado, & Cerda, 2001).

ARTICULO 2

Citado de la Guía para la atención de las personas Diabéticas:

“El último estudio realizado en Costa Rica, la Encuesta Multinacional de Diabetes mellitus, Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo asociados en el área metropolitana de San José, efectuada de septiembre a diciembre del 2004, mediante visita domiciliaria, a una muestra de población de 2400 personas de 20 años y más, determinó que la prevalencia fue del 7.9%. Por grupos de edad, en este mismo estudio, la prevalencia de Diabetes fue la siguiente: de 20 a 39 años de 2.8%, siendo 11% en el grupo de 40 a 64 años y en las personas mayores de 65 años la prevalencia alcanzó un 22.4%. Un 1.9% de la población estudiada desconocía ser diabético”. (Rosales & Castro, Guía para la atención de las personas diabéticas Tipo 2, 2007)

ARTICULO 3

Citado de la revista Acta Pediátrica de México:

“El término “síndrome metabólico” agrupa varios factores de riesgo cardiovascular, el principal de los cuales es la resistencia a la acción de la insulina. Sin embargo la fisiopatología del síndrome metabólico, la obesidad parece ser uno de los factores desencadenantes más importantes entre otras alteraciones metabólicas que lo caracterizan: intolerancia a la glucosa, diabetes, dislipidemia e hipertensión. Por lo tanto, en la mayoría de los casos la expresión del síndrome metabólico ocurre en individuos obesos. En muchos casos, la expresión del síndrome metabólico es en buena medida una comorbilidad de la obesidad. La obesidad y el síndrome



metabólico como fenómenos independientes, hacen necesario identificar los mecanismos responsables de la asociación entre estas condiciones. Es importante comprender los mecanismos del síndrome metabólico que propician la enfermedad en individuos no obesos; en el caso de la obesidad, importa dilucidar los que los protegen contra alteraciones metabólicas. En la actualidad, estos problemas son motivo de numerosas investigaciones que aún no han generado respuestas definitivas. Sin restar importancia a lo anterior, en la práctica clínica es muy útil asociar estas dos condiciones para fines de prevención, diagnóstico y tratamiento.” (Salud Pública de México, 2008)

ARTICULO 4

Citado de la Revista Española de Cardiología:

“Durante los últimos cincuenta años, la humanidad ha experimentado cambios drásticos en su entorno, su comportamiento y su estilo de vida. Estos cambios han derivado en un alarmante incremento global de la incidencia de diabetes y obesidad. El alivio del trabajo manual por la mecanización, el aumento de consumo de «calorías vacías», la globalización de la tecnología y las mejoras del transporte son algunos de los factores que han contribuido a la aparición de esta pandemia. Uno de los últimos estudios de prevalencia de sobrepeso, llevado a cabo por la OMS junto con la International Obesity Task Force, encontró una prevalencia mundial ajustada por diferencias étnicas de 1.700 millones de personas con sobrepeso, de las que 312 millones son obesos. La tendencia en las cifras de obesidad ha propiciado que, junto con el hambre, la desnutrición y las enfermedades infecciosas, se la considere una de las mayores amenazas del mundo desarrollado. Los datos de los sucesivos cortes de la National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) demuestran que el perímetro abdominal promedio de los adultos estadounidenses creció 3,1 cm entre la encuesta de 1988-1994 y la de 1999-2000. Tras ajustar los datos por grupos de edad, los incrementos más importantes del perímetro abdominal se observaban en el subgrupo de menor edad (20 a 29 años). En los últimos 20 años las tasas de obesidad se han triplicado en los países en vías de desarrollo, que adoptan estilos de vida occidentales con patrones de disminución de actividad física y consumo excesivo de comidas de alta densidad energética. En cuanto a la prevalencia de exceso de peso en las ECV, en la última encuesta de la European Society of



Cardiology (EuroHeart Survey) sobre 8.547 pacientes con cardiopatía isquémica crónica, la prevalencia de sobrepeso (IMC > 25) fue del 83% y la de obesidad (IMC > 30), del 38%; tenía obesidad central (perímetro de la cintura > 102 cm en varones o > 88 cm en mujeres) el 55%". (Ezquerro, Vázquez, & Barrero, 2008).

- **SEGUIMIENTO**

Se citará a la paciente dentro de un mes para ver la respuesta de la dieta. El monitoreo se lo realizará cada 30 días durante 6 meses para la evaluación antropométrica, bioquímica y clínica, de ser necesario se le realizara cambios en el plan alimentario.

- **OBSERVACIONES**

Durante el tratamiento nutricional se quiere lograr que la paciente lleve un control adecuado sobre sus patologías para evitar que se compliquen por medio de modificaciones tanto en su estilo de vida y en su alimentación vamos a cumplir nuestro objetivo también se le informará a la paciente que los cambios a realizar los tendrá que llevar de por vida. En este tratamiento es importante que la paciente esté dispuesta a poner en prácticas todas las indicaciones que se le dé tanto medicas como nutricionales.

CONCLUSIONES

El tratamiento médico y nutricional es fundamental para tratar a un paciente diabético y obeso el papel como nutricionista es primordial ya que con las modificaciones de los estilos de vida, el plan de alimentación y la implementación del ejercicio físico lograremos controlar el nivel glicémico y reducir el peso corporal de la paciente.



BIBLIOGRAFÍA

- Casares, M. L. (2001). *Diabetes Mellitus y Obesidad*. Madrid.
- Diaprok. (2017). *Obesidad y Diabetes*. España.
- Ezquerro, E. A., Vázquez, J. M., & Barrero, A. A. (2008). Síndrome Metabólico y Obesidad. *Revista Española de Cardiología*.
- Franz, M. J. (2013). Parte 5 Tratamiento Nutricional Médico en la Diabetes Mellitus. En L. K. Mahan, S. Escott-Trump, & J. L. Raymond, *KRAUSE DIETOTERAPIA* (págs. 678-679). España: 13.
- Franz, M. J. (2013). Tratamiento Nutricional Médico en la Diabetes Mellitus. En L. K. Mahan, S. Escott-Trump, & J. L. Raymond, *KRAUSE DIETOTERAPIA* (págs. 687-688). España: 13.
- Hita, M. G., Rodríguez, A. S., Maldonado, S. M., & Cerda, A. P. (2001). Obesidad y Diabetes Mellitus Tipo 2. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*.
- Kirchner, C. F. (2008). *Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus 2*. Argentina: 1.
- Mora, B. R.-R. (2015). *Nutriguía Manual de Nutrición Clínica*. En R. M. Marcos, *NUTRIGUÍA Manual de Nutrición Clínica* (pág. 285). Madrid: Panamericana.
- Nagusia, E. J. (2008). *Guía de Prácticas Clínicas sobre la Diabetes Mellitus Tipo 2*. España: 1.
- Núñez, C. (2016). *Diabetes y Obesidad*.
- Pérez, M. R. (2014). Guía de Repuestas. *Revista ANDALUZA de Atención Primaria*, 34.
- Ricoa, R. C., Fernández, E. G., Placer, M. L., Agudo, O. N., Rosel, J. P., & Castro, F. L. (2010). *Hipotiroidismo Subclínico en Pacientes con Obesidad y Sobrepeso*. España.
- Rosales, M. d., & Castro, J. M. (2007). *Guía para la Atención de las personas Diabéticas Tipo 2*. Costa Rica: II.
- Rosales, M. d., & Castro, J. M. (2007). *Guía para la atención de las personas diabéticas Tipo 2*. Costa Rica: II.
- Rosales, M. d., & Castro, J. M. (2007). *Guía para la atención de las personas diabéticas Tipo 2*. Costa Rica: 2.
- Salud Pública de México. (2008). *Revista Acta Pediátrica de México*.
- Salvador, J., Botella, S., Chacón, A., & Amoroso, A. (2017). *Diabetes Mellitus Tipo 2 y Riesgo Alto de Adquirir la Diabetes*. Quito: 1.

ANEXOS

¿Qué es la Diabetes Tipo 2?

La diabetes es una enfermedad frecuente. De cada 100 personas, entre 6 y 10 la tienen.

La diabetes se caracteriza por un aumento de la concentración de glucosa (azúcar) en sangre (glucemia) debido a que el páncreas no produce toda la insulina que el organismo necesita y además actúa de una forma defectuosa.

La diabetes muchas veces no produce ningún síntoma que le haga sentirse mal, por lo que puede pasar desapercibida. Sin embargo, es muy importante diagnosticarla y tratarla. Si la diabetes no se controla bien, puede producir complicaciones importantes a nivel del corazón, en los pies, oculares o en el riñón.

Las causas principales de diabetes tipo 2 son la **obesidad y la falta de ejercicio físico.**

La mejor forma de prevenir la diabetes y de evitar sus complicaciones consiste en una alimentación sana, controlar el sobrepeso, no fumar y realizar ejercicio físico de forma regular.



Si tiene diabetes, es conveniente que se familiarice con estos términos:

Glucemia	=	Glucosa (azúcar) en sangre
Hiper glucemia	=	Glucosa en sangre en niveles superiores a la normalidad
Hipoglucemia	=	Glucosa en sangre por debajo de los niveles normales
Insulina	=	Hormona que introduce la glucosa de la sangre dentro de cada célula de nuestro organismo
Páncreas	=	Órgano donde se produce la insulina
Hidratos de carbono	=	Azúcares

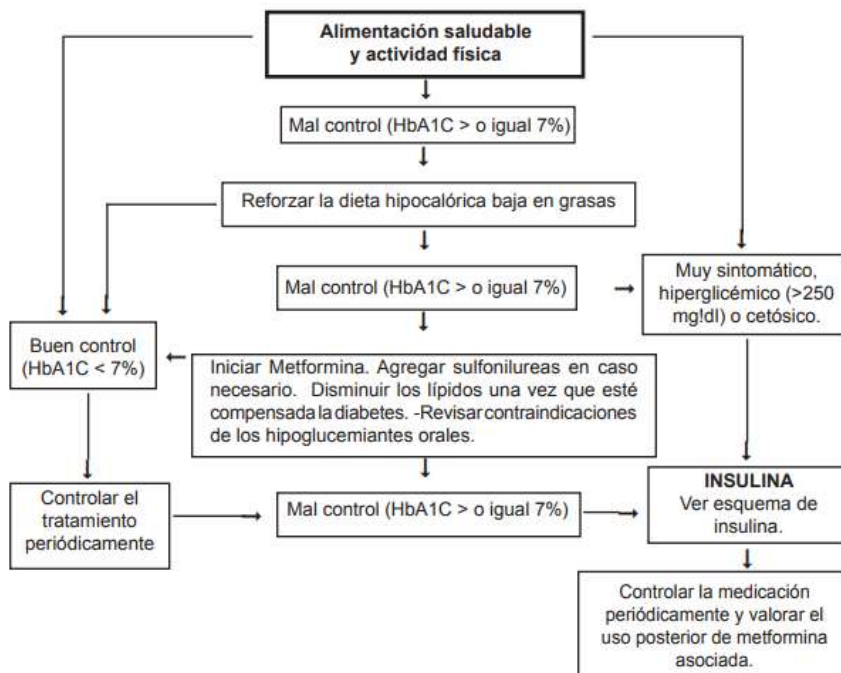
¡LA GLUCOSA ALTA NO DUELE, PERO ESTROPEA TODO EL ORGANISMO!



Ecuaciones Método FAO/OMS/UNU

EDAD	HOMBRES	MUJERES
0 - 3 años	TMB = 60,9 * P - 54	TMB = 61 * P - 51
3 - 10 años	TMB = 22.7 x P + 495	TMB = 22.5 x P + 499
10 - 18 años	TMB = 17.5 x P + 651	TMB = 12.2 x P + 746
18 - 30 años	TMB = 15.3 x P + 679	TMB = 14.7 x P + 496
30 - 60 años	TMB = 11.6 x P + 879	TMB = 8.7 x P + 829
Más de 60 años	TMB = 13.5 x P + 487	TMB = 10.5 x P + 596

Diabético obeso



Definir los objetivos individuales del tratamiento.

Debe darse un período de espera no menor de 6 semanas al tratamiento con hipoglucemiantes orales. Referir a la persona al siguiente nivel de atención en caso de que luego de seguir los pasos citados, el control no sea adecuado.

BIO-RAD		HbA_{1c}		
Diabetes Control Card		test score	MEAN BLOOD GLUCOSE mg/dL	mmol/L
Mal control	↑ action suggested	14.0	380	21.1
		13.0	350	19.3
		12.0	315	17.4
		11.0	280	15.6
		10.0	250	13.7
Buen control	↓ excellent	9.0	215	11.9
		8.0	180	10.0
		7.0	150	8.2
Excelente control	↓ excellent	6.0	115	6.3
		5.0	80	4.7
		4.0	50	2.6

© 2000 Bio-Rad Laboratories



Cuadro 1
Clasificación del índice de masa corporal según OMS

Tipo	Explicación	Valores
A	Bajo peso	<18.5
B	Normal	18.5-24.9
C	Sobrepeso	25-29.9
D	Obesidad G I	30-34.9
E	Obesidad G II	35-39.9
F	Obesidad G III	>40

Perfil Lipídico Básico

Valores de Referencia (mg/dl)

LDL

< 100	Óptimo
100 - 129	Subóptimo
130 - 159	Borderline
160 - 189	Alto
≥ 190	Muy alto

HDL

< 40	Bajo
≥ 60	Alto

CT

< 200	Deseable
200 - 239	Borderline
≥ 240	Alto

TRIGLICERIDOS

< 150	Normal
150 - 199	Borderline
200 - 499	Alto
≥ 500	Muy alto



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Facultad de Ciencias de la Salud

SECRETARÍA



CERTIFICACION

AB. Vanda Aragundi Herrera, Secretaría de la Facultad de Ciencias de la Salud,

Certifica:

Que, por **Resolución Primera de Consejo Directivo de fecha 14 de abril del 2017**, donde se indica: *"Una vez informado el cumplimiento de todos los requisitos establecidos por la Ley de Educación Superior, Reglamento de Régimen Académico y Reglamentos Internos, previo a la obtención de su Título Académico, se declaró EGRESADO(A) DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD a: GOROZABEL LINDAO DIXY YOMAYRA, C.I. 1207843119 carrera de NUTRICION Y DIETETICA, estando APTO para el PROCESO DE DESARROLLO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN O EXAMEN COMPLEXIVO".- Comuníquese a la Msc. Karina de Mora, Responsable de la Comisión General del Centro de Investigación y Desarrollo de la Facultad.*

Babahoyo, 13 de Mayo del 2017

Abg. Vanda Aragundi Herrera
SECRETARIA



Receido
17/05/2017

ACCIÓN	ELABORADO POR:	CARGO	FIRMA
ELABORADO POR	Lic. Dalila Gómez Alvarado	Analista Administrativo Secretaria de la Facultad	



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA TECNOLOGIA MÉDICA



Babahoyo, 04 de mayo del 2017

Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSC.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **GOROZABEL LINDAO DIXY YOMAYRA**, con cédula de ciudadanía **120784311-9**, egresada de la carrera de **NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**, de la **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**, me dirijo a usted de la manera más comedida autorice a quien corresponda, la inscripción respectiva a la Unidad de Titulación para iniciar el proceso en la modalidad de **EXAMEN COMPLEXIVO**.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

Dixy Goroabel X.

GOROZABEL LINDAO DIXY YOMAYRA
C.I. 120784311-9

Recibido
24/05/2017 11:54 AM



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACION



Lunes 7 de Agosto del 2017

Doctora
Alina Izquierdo Cirer, MSC.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION

En su despacho.-

De mi consideración:

Por medio de la presente. Yo, **GOROZABEL LINDAO DIXY JOMAYRA**, con cedula de ciudadanía **120784311-9**, egresada de la carrera **NUTRICION Y DIETETICA**, de la **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**, solicito que se me recepte de manera formal mi tema de Caso Clínico N° 28 para el Proceso de Titulación en modalidad de **EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO O DE FIN DE CARRERA**. Que es:

NODULO TIROIDEO EN PACIENTE SEXO FEMENINO DE 52 AÑOS DE EDAD VIVE EN GUAYAQUIL

Adjunto mis más sinceros saludos y exalto su gran labor dentro del área a la que debidamente representa

Atentamente

Dixy Gorozaebel X.
.....
GOROZABEL LINDAO DIXY JOMAYRA
120784311-9

Reibido
07/08/2017 10:36 AM



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

Caso 28 NODULO TIROIDEO

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Paciente femenina de 52 años, vive en Guayaquil, fue diagnosticada con Diabetes mellitus tipo 2 hace cuatros años, indica que nadie le ha explicado como alimentarse ella ha intentado bajar de peso y no ha podido por lo que acude al endocrinólogo porque ella piensa que tiene problemas de tiroides

La exploración física revela un paciente con obesidad ginoide. Mide 1.58 m y pesa 97.2 kg

Los exámenes complementarios revelan Glicemia en ayunas 236 mg/dl, Hemoglobina, Hemoglobina Glicosilada: 11.19%, Colesterol 219 mg/dL, Triglicéridos 298 mg/dL

También se realizó una ecografía de tiroides cuyo resultado fue Nódulo tiroideo. Indica que no realiza ejercicio porque no le gusta, atiende un local de su propiedad la cual indica estar parada y caminando que cree es suficiente. El médico ha derivado a la nutricionista para la intervención nutricional.

- 1.- Realice la Evaluación nutricional y diagnóstico nutricional
- 2.- Indique los objetivos nutricionales
- 3.- Realice el cálculo de los requerimientos nutricionales y la prescripción dietética
- 4.- Indique las recomendaciones nutricionales.
- 5.- Realice un plan de alimentación para este paciente
- 6.- Valorar de forma integral la patología descrita, siguiendo la metodología entregada por la unidad de titulación y los conocimientos adquiridos por usted en la carrera de Nutrición y Dietética.

Rebich
04/08/2017 15:40

Dixy Yammy Corozoobez Lindas
Nutrición y Dietética
4/08/2017

Dixy Corozoobez L.



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**



Babahoyo, 21 de agosto del 2017

Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.
COORDINADORA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **DIXY YOMAYRA GOROZABEL LINDAO**, con cédula de ciudadanía **120784311-9**, egresado (a) de la Escuela de Tecnología Médica, carrera **NUTRICION Y DIETETICA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud de Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para que por su digno intermedio se me recepte los tres anillados requeridos en el componente práctico (Casos Clínicos) del Examen Complexivo, tema: **NODULO TIROIDEO EN PACIENTE SEXO FEMENINO DE 52 AÑOS DE EDAD VIVE EN GUAYAQUIL** para que pueda ser evaluado por el Jurado respectivo, asignado por el Consejo Directivo.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecido (a).

Atentamente,

Dixy Gorozaebel L.

DIXY YOMAYRA GOROZABEL LINDAO
C.I 120784311-9

Rebido
21/08/2017 10:04 AM