



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
CARRERA DE NUTRICION Y DIETETICA**



**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A
LA OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO:

DIABETES TIPO 2 EN PACIENTE FEMENINO DE 32 AÑOS

AUTORA:

CATHERINE LISSET FRANCO FILIAN

Babahoyo - Los Ríos - 2017



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. HERNÁN ARCENIO ROMERO RAMÍREZ, PHD.
DECANA
O DELEGADO (A)

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

DR. MARCELO PATRICIO VAGAS VELASCO, MSC.
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO

AB. VANDA ARAGUNDI HERRERA
SECRETARÍA GENERAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO



AGRADECIMIENTO

En primer lugar le agradezco a Dios por darme las fuerzas necesarias para seguir adelante, a los educadores de la carrera de Nutrición y Dietética de la Universidad Técnica de Babahoyo que supieron brindarnos sus conocimientos para así hacer de cada uno de nosotros futuros profesionales de calidad y calidez, y a mis compañeras las que juntas nos dábamos apoyo en todo momento.

Catherine Franco Filian

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi hermosa hija Luciana Noelia Villalba Franco por que es el motivo más grande que tengo para no rendirme, a mi esposo Renato Villaba Avilés que me brinda su apoyo incondicional, a mis padres que nunca dejaron de creer en mí, a mi abuela Jesús Medina porque por ella soy la persona que soy y a mis suegros que en todo momento están conmigo.

Catherine Franco Filian

INTRODUCCIÓN

En la diabetes tipo 2 el organismo no puede producir suficiente insulina o tiene dificultad para utilizar esta insulina de forma correcta a lo que se denomina resistencia a la insulina. En la mayoría de los casos la diabetes tipo 2 puede aparecer muy lentamente, existen síntomas leves o incluso no se llegan a notar ningún tipo de síntoma durante años. Los síntomas más frecuentes son sed constante, hambre constante, orina frecuente, visión borrosa y fatiga.

Esta enfermedad trae consigo un importante cambio de estilo de vida para las personas ya que deberán mejorar sus hábitos alimentarios y realizar actividad física lo cual para algunos hace que este tipo de cambio se torne difícil y es allí donde la familia tiene un papel muy importante ya que ellos serán el apoyo que necesitará el paciente para seguir adelante con esta enfermedad.

El presente estudio de caso, es de una paciente de sexo femenino de 32 años que fue referida al nutricionista por que fue diagnosticada según los resultados de laboratorio con diabetes tipo 2 la misma ya presentaba síntomas propios de la enfermedad y refirió que perdió en un mes 10 lbs. cuenta con una gastritis crónica desde hace 3 años, realizamos la valoración nutricional respectiva lo cual nos indicó que el IMC de la paciente revela una delgadez leve y tiene un porcentaje alto de pérdida de peso en un mes, por lo cual se prescribe una dieta para diabéticos donde se controló el sodio, las grasa saturadas y se aumentó el consumo de carbohidratos complejos y a su vez una dieta hiperproteica en donde elevamos el consumo de proteínas de alto valor biológico debido a su condición de delgadez.

A la paciente se le sugirió empezar con un programa de ejercicios anaeróbicos para mejorar la condición de pérdida de masa muscular que presenta y a su vez ayudará a reducir los niveles de glicemia.

Se le realizará el seguimiento respectivo para observar la evolución de la paciente en cuanto a la enfermedad.

I. MARCO TEÓRICO

a. Generalidades de la Diabetes.

La diabetes es aquella enfermedad crónica en la cual hay una deficiencia de producción de insulina en el cuerpo humano. La insulina es una hormona originada en el páncreas, permitiendo que las células del cuerpo asimilen la glucosa de los alimentos ingeridos, en el que se transforma en la energía requerida para el funcionamiento de los tejidos y músculos.

Una persona con diabetes no asimila correctamente la glucosa, y esta sigue circulando por la sangre (una afección identificada como hiperglucemia), lo cual deteriora con el tiempo los tejidos del cuerpo. Estas alteraciones pueden conducir a una discapacidad y a complicaciones de salud que pueden llegar a ser mortales. Existen tres tipos de diabetes:

- La diabetes tipo 1
- La diabetes tipo 2
- La diabetes gestacional

(Diabetes, 2013)

i. Diabetes tipo 2

La diabetes tipo 2 es la más común, que generalmente se presenta en la edad adulta, pero es evidente que cada vez más aparece a menos edad incluyéndose en el grupo de niños y adolescentes.

La diabetes tipo 2 presente en el cuerpo puede producir insulina, pero o bien esto no es suficiente o el cuerpo no consigue responder a sus efectos, dando lugar a una acumulación de glucosa en sangre. Muchas personas con diabetes tipo 2 no son conscientes de su enfermedad durante mucho tiempo, debido a que los síntomas pueden tardar años en aparecer o ser reconocidos, pero durante este tiempo el cuerpo está siendo dañado por el exceso de glucosa en sangre. Aunque todavía no

se conocen las causas del desarrollo de la diabetes tipo 2, existen varios factores de riesgo importantes. Como por ejemplo:

- Alimentación incorrecta
- Inactividad física
- Obesidad
- Edad avanzada
- Antecedentes familiares de diabetes
- Grupo étnico
- Glucosa elevada en sangre durante el embarazo que afecta al feto

ii. Diabetes tipo I

La diabetes tipo I, por lo general requiere dosis diarias de insulina para sobrevivir. Esta puede ser controlada con una dieta sana y una mayor actividad física, y medicación oral. Sin embargo, si no son capaces de regular sus niveles de glucosa en sangre, puede requerir un consumo de insulina.

Complicaciones de la diabetes Las personas con diabetes corren el riesgo de desarrollar una serie de problemas de salud que pueden provocar discapacidad o la muerte. Los constantemente altos niveles de glucosa en sangre pueden conducir a enfermedades graves que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios. Las personas con diabetes también tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones. En casi todos los países de renta alta, la diabetes es la principal causa de las enfermedades cardiovasculares, la ceguera, la insuficiencia renal y la amputación de miembros inferiores; y a medida que la prevalencia de la diabetes tipo 2 crece en países de renta baja y media, también lo hace el impacto de estas costosas complicaciones –tanto en términos humanos como económicos. El mantenimiento de los niveles normales de glucosa en sangre, presión arterial y colesterol puede ayudar a retrasar o prevenir las complicaciones de la diabetes. Las personas con diabetes requieren un seguimiento regular de las complicaciones. (Sergio A. islas andrade, 2013)

iii. La enfermedad cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares son las causas más comunes de muerte y discapacidad entre las personas con diabetes. Algunas de las enfermedades cardiovasculares que acompañan a la diabetes son la angina de pecho, el infarto de miocardio (ataque al corazón), la enfermedad arterial periférica y la insuficiencia cardíaca congestiva. En las personas con diabetes, la presión arterial alta, el colesterol alto, la alta glucosa en sangre y otros factores de riesgo contribuyen al aumento del riesgo de complicaciones cardiovasculares. (Diabetes, 2013)

iv. La enfermedad renal

La enfermedad renal (nefropatía) es mucho más frecuente en personas con diabetes que en las personas sin diabetes; y la diabetes es una de las principales causas de enfermedad renal crónica. Esta enfermedad es causada por el daño a los pequeños vasos sanguíneos, que puede provocar que los riñones sean menos eficientes, o que fallen por completo. El mantenimiento de niveles normales de glucosa en sangre y presión arterial puede reducir en gran medida el riesgo de nefropatía. (Diabetes, 2013)

v. La enfermedad de los ojos

Muchas personas con diabetes desarrollan algún tipo de enfermedad de los ojos (retinopatía), la cual puede dañar la visión o provocar ceguera. La persistencia de altos niveles de glucosa en sangre, junto con la presión arterial alta y el colesterol alto, son la principal causa de retinopatía. La red de vasos sanguíneos que irrigan la retina puede bloquearse y dañarse en retinopatía, lo que lleva a la pérdida permanente de la visión. La retinopatía se puede tratar a través de controles regulares de los ojos y manteniendo unos niveles normales de glucosa. (Diabetes, 2013)

vi. El daño en el sistema nervioso

Cuando la glucosa en sangre y la presión arterial son demasiado elevadas, la diabetes puede provocar daño en el sistema nervioso de todo el cuerpo (neuropatía). Pueden producirse problemas con la digestión y la orina y disfunción eréctil, además de otras funciones, pero las zonas más comúnmente afectadas son las

extremidades, particularmente los pies. Los daños en los nervios de estas zonas se llaman neuropatía periférica, y puede conducir al dolor, hormigueo y pérdida de sensibilidad. La pérdida de sensibilidad es particularmente importante, ya que puede permitir que las lesiones pasen desapercibidas, dando lugar a infecciones graves y úlceras, enfermedad del pie diabético y amputaciones mayores.

vii. El pie diabético

Las personas con diabetes pueden desarrollar una serie de problemas en los pies como consecuencia de los daños en los nervios y los vasos sanguíneos. Estos problemas pueden conducir fácilmente a la infección y ulceración, lo que aumenta el riesgo de amputación. Las personas con diabetes se enfrentan a un riesgo de amputación que puede ser más de 25 veces superior al de personas sin diabetes. Sin embargo, con un buen tratamiento, pueden prevenirse una gran parte de las amputaciones. Incluso cuando una persona sufre una amputación, la pierna que queda (y la vida de la persona) se pueden salvar con una buena asistencia de seguimiento de un equipo podológico multidisciplinar. Las personas con diabetes deben examinarse los pies de forma regular. (A., 2013)

b. Complicaciones del embarazo

Algunos informes indican que las mujeres con cualquier tipo de diabetes durante el embarazo aumentan el riesgo de sufrir varias complicaciones las cuales requieren de vigilancia con atención y controlan su enfermedad. Las mujeres con diabetes tipo 1 requieren una planificación detallada y una estrecha vigilancia antes y durante el embarazo para reducir al mínimo las complicaciones. Los altos niveles de glucosa en sangre durante el embarazo pueden conducir a cambios en el feto que le hagan desarrollar un tamaño y peso excesivos, además de producir exceso de insulina. Esto puede provocar problemas en el parto y lesiones en el bebé y en la madre, además de una caída repentina de azúcar en sangre (hipoglucemia) en el bebé después del nacimiento. Los niños que están expuestos durante mucho tiempo a altos niveles de glucosa en la matriz tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 más adelante en la vida. (A., 2013)

Otras complicaciones

c. La salud oral

La diabetes puede ser una amenaza para la salud oral. Por ejemplo, hay un mayor riesgo de inflamación de las encías (gingivitis) en las personas con mal control de la glucosa. La gingivitis, a su vez, es una causa importante de pérdida de dientes y también puede aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

d. La apnea del sueño

La reciente investigación demuestra la probabilidad de una relación entre la diabetes tipo 2 y la apnea obstructiva del sueño. Las estimaciones sugieren que hasta el 40% de las personas con apnea del sueño tienen diabetes, aunque se desconoce la incidencia de nuevos casos de diabetes en personas con apnea del sueño. En las personas con diabetes tipo 2, la apnea del sueño puede tener efectos en su capacidad de controlar la glucosa en sangre. (Diabetes, 2013)

e. Diagnóstico de Diabetes Mellitus

Históricamente, el diagnóstico de la DM se ha realizado a través de glucemias en ayunas (GA) o 2h posterior a la glucosa (2h PG). Desde el año 1922 se efectúan pruebas de tolerancia a la glucosa. Asimismo, en 1959, Fajans y Conns establecen los parámetros iniciales de diagnóstico con la prueba de tolerancia a la glucosa (PTG).

Los criterios modificados por el Comité de Expertos en 1997 y revisados en el 2003, reorientaron la atención hacia la relación entre el nivel de glucemia y las complicaciones crónicas como base del diagnóstico. Además, cambiaron el principio de referencia existente de 2h PG; sugirieron reducir el punto de corte de diagnóstico a 126 o más mg/dL (7mmol/L) y recomendaron la glucemia en ayunas menor que 110mg/dL (6,1mmol/L) como examen preferido por ser más conveniente y menos costoso. De igual manera introdujeron el término glucemia alterada en ayunas (GAA) (110-126mg/dL) (6,1-7,0mmol/L) y no aconsejaron el uso de HbA1c.

De hecho, en la revisión del 2003 se reduce el rango de alteración de la glucemia en ayunas a 100-126 mg/dL (5,6-7mmol/L).

Por su parte, la Asociación Americana de Diabetes planteó que el diagnóstico de diabetes mellitus por hemoglobina glucosilada se realiza cuando la HbA1c es de 6,5 % o más, y el alto riesgo de esta afección se presenta con HbA1c de 5,7-6,4 %.

¿Puede la HbA1c ser usada para el diagnóstico de diabetes mellitus?

- Es un marcador de glucemias crónicas ampliamente utilizado (2-3 meses).
- Es preferible un marcador de alteraciones de glucemias crónicas que agudas.
- Correlaciona el riesgo de complicaciones microvasculares y en menor grado macrovasculares.

Ventajas de la HbA1c comparada con glucemias en ayuna y 2h PG para el diagnóstico de diabetes mellitus

- El paciente no necesita estar en ayunas ni precisa de muestras horarias.
- Tiene menos inestabilidad preanalítica que glucemias.
- Posee menos variabilidad biológica que glucemias y PTG.
- Tiene mejor índice de exposición a glucemia y al riesgo de complicaciones a largo plazo.
- No es afectada por perturbaciones agudas durante periodos de estrés o enfermedades
- Estandarizada y alineada a los estudios DCCT (en diabéticos de tipo I) / UKPDS (en diabéticos de tipo II); las mediciones de glucosa están menos estandarizadas. (Medisan, 2015)

Criterios para el diagnóstico de diabetes mellitus

1. Glucemia de ayunas mayor de 126 mg/dL. Ayuno de al menos 8 horas

2. 2h PG mayor de 200 mg/dL en prueba de PTG con 75 g

3. A1c de 6,5 % o más. La prueba debe ser realizada por un laboratorio que utilice un método certificado por el Programa Nacional de Normalización Glycohemoglobin (NGSP, por sus siglas en inglés) o estandarizada por la prueba de control de la diabetes y sus complicaciones (DCCT, por sus siglas en inglés).

4. Glucemia mayor de 200 mg/dL al azar en pacientes con síntomas clásicos

Limitaciones de la HbA1c como método diagnóstico

- Mayor costo
- Disponibilidad limitada
- Correlación incompleta entre A1c y promedio de glucemias en algunos individuos
- Resultado desorientador en pacientes con hemoglobinopatías (Hb S, C, F Y E) y ciertas anemias (hemolíticas, ferropénicas) No es válido en mujeres embarazadas ni para el diagnóstico de DM de tipo 1. (Ante todas estas situaciones se debe continuar con glucemias en ayuna y 2h PG)• Categoría de riesgo aumentado de diabetes mellitus
- A1c 5,7-6,4 %
- Glucemia en ayunas: 100-125mg/dL (glucemia alterada en ayunas)
- 2h posterior a 75 g de glucosa: 140-199 mg/dL (tolerancia anormal a glucosa)

Para las 3 pruebas el riesgo es continuo; se extiende por debajo del límite inferior del rango y comienza a ser desproporcionadamente mayor en los rangos finales altos.

Recomendaciones a individuos con alto riesgo de diabetes mellitus (con A1c 5,7-6,4 %):9

- Deben ser informados del alto riesgo de DM y enfermedad cardiovascular.
- Aconsejar cambios estilo de vida.
- Si aumenta la HbA1c se eleva desproporcionadamente el riesgo de DM.
- Intervención más intensiva con HbA1c mayor de 6 % y otros factores de riesgo, tales como obesidad e historia familiar.

Resulta imprescindible que todos aquellos pacientes con diabetes mellitus se realicen una HbA1c cada 3 meses, la cual se puede correlacionar a su vez con las glucemias realizadas por automonitoreo, aunque no resulta confiable basarse en la determinación de la glucemia en ayunas de estos afectados cada vez que acuden a sus citas de control con el fin de monitorear su glucemia. Este examen puede estar intervenido negativamente por una serie de factores relacionados con la adherencia del paciente y la calidad de su control por los equipos de salud.

La HbA1c ha permitido estratificar a los pacientes en categorías de riesgo para desarrollar complicaciones microvasculares, por cuanto sirve para evaluar y pronosticar su futuro, además de que ayuda a intensificar a tiempo la terapia de control de la diabetes mellitus (control glucémico), así como a identificar los casos que requieran atención especial (enfoque de riesgo).

Equivalencias entre hemoglobina glucosilada y glucemia en ayunas

Hemoglobina glucosilada (%)	Glucemia en ayunas (mg/dL)
Menos de 6,5	60-110
6,5-menos de 7	111-126
7-7,9	127-180
8-9,5	181-200
Menos de 9,5	Menos de 200

En la DM de tipos 1 y 2 se recomienda su determinación (HbA1c) cada 3 meses, pues permite medir el éxito terapéutico y realizar ajustes de dosis o añadir nuevas terapias, cuando el escaso control así lo requiera. (Association, standards of Medical Care in Diabetes, 2008)

Objetivos de la glucemia en adultos

El descenso de la hemoglobina glucosilada por debajo de 7 % disminuye las complicaciones microvasculares de la diabetes mellitus, y si se produce después del diagnóstico de la enfermedad, se asocia con una reducción a largo plazo de la enfermedad macrovascular.

Se sugieren metas de HbA1c más estrictas (menor de 6,5 %) para individuos seleccionados, siempre que no sea por hipoglucemias importantes u otros efectos adversos del tratamiento. Esto sería más apropiado para los pacientes con DM de corta evolución, con esperanza de vida larga y sin enfermedad cardiovascular significativa.

Las metas menos estrictas de hemoglobina glucosilada de 8 % pueden ser apropiadas para los pacientes con antecedentes de hipoglucemias graves, poca esperanza de vida, complicaciones microvasculares y macrovasculares avanzadas, condiciones comórbidas extensas; además, en afectados con DM de larga evolución o con dificultad para alcanzar los objetivos generales a pesar de recibir educación para el autocuidado, el monitoreo apropiado de la glucosa y la dosis efectiva de hipoglucemiantes orales o insulina.

Para los pacientes controlados indebidamente es indispensable utilizar un enfoque de riesgo y establecer una buena coordinación entre los niveles de atención, según su complejidad. Cifras de HbA1c en niveles críticos o persistentemente mayores de 8 %, a pesar de cambios en el tratamiento, podrían servir como indicadores de riesgo. La HbA1c debería convertirse en una de las medidas para valorar riesgos y tener criterios acerca del uso de niveles de mayor complejidad de atención, ya sea secundaria o especializada, cuando se acompañe de complicaciones crónicas. Constituye la guía de oro para el control del paciente con DM. Su manifestación refleja la calidad de los servicios de salud, y permite establecer comparaciones en cuanto al control metabólico de los afectados, así como a la severidad del funcionamiento metabólico. (Vinocour, 2017)

Índice glucémico y diabetes

El índice glucémico (*glycemic index* o GI) se encarga de la medida de los alimentos que contienen carbohidratos que elevan la glucosa en la sangre.

Los alimentos se clasifican en base a cómo se comparan a alimentos de referencia, ya sea glucosa o pan blanco. Un alimento con un GI alto eleva la glucosa en la sangre más rápido que los alimentos con un GI mediano o bajo.

La planificación de las comidas con GI requiere escoger alimentos que tienen un GI bajo o mediano. Si come alimentos de GI alto, puede combinarlos con alimentos de GI bajo para ayudar a balancear la comida.

Ejemplos de alimentos que contienen carbohidratos con un GI bajo:

- Menstras y legumbres (como frijoles rojos y lentejas)
- Todos los vegetales sin almidón y algunos vegetales con almidón
- La mayoría de las frutas
- Muchos panes y cereales de grano integral (como pan de cebada, trigo integral, centeno y cereal de salvado).

Las carnes y grasas no tienen GI porque no contienen carbohidratos. (Association, Diabetes, 2013)

Tratamientos

Control de la glucosa

Medirse la glucosa en la sangre es la principal manera que tiene usted de asegurarse de controlar la diabetes. Esta medición le informa de su nivel de glucosa en la sangre en cualquier momento. Es muy importante anotar los resultados. Cuando su proveedor de salud ve esta información, puede ver claramente cómo el cuerpo está respondiendo a su plan de cuidado de la diabetes.

El nivel deseado de glucosa en la sangre varía de persona a persona, según:

- Desde cuándo tiene diabetes
- Edad/expectativa de vida
- Trastornos paralelos a la enfermedad
- Enfermedad cardiovascular conocida o complicaciones microvasculares avanzadas
- Hipoglucemia asintomática
- Consideraciones individuales de los pacientes.

La Asociación Americana de la Diabetes sugiere los siguientes niveles para adultos con diabetes, a excepción de las embarazadas. Es posible que objetivos más o menos rigurosos sean apropiados para ciertas personas.

- A1C: 7%
- Glucosa plasmática preprandial (antes de comer): 80–130 mg/dl
- Glucosa plasmática posprandial (1-2 horas después del inicio de la comida)*: Menos de 180 mg/dl

Método del plato

El Método del plato es una manera fácil y efectiva para controlar sus niveles de glucosa y perder peso. Con este método, usted podrá llenar su plato con más vegetales sin almidón y porciones más pequeñas de proteínas y vegetales con almidón. ¡Para lograr esto, usted no necesita ninguna he Es simple y eficaz para controlar la diabetes y bajar de peso. El Método del plato le permite seguir escogiendo los alimentos que quiere, pero cambia el tamaño de las porciones, de manera que come porciones más grandes de vegetales sin almidón y una porción más pequeña de alimentos con almidón. Cuando esté listo, puede probar nuevos alimentos de cada categoría

Sistema de intercambios y equivalencias de alimentos, también conocido como dieta por raciones, es desde la década de los 70 el tipo de dieta más empleado para la educación nutricional de las personas con diabetes.

Sistema de equivalentes

Las ventajas de su aplicación son las siguientes:

- Es el tipo de dieta más preciso para ajustar la pauta de la persona con diabetes.
- Permite más flexibilidad en la elección de alimentos, respetando las preferencias personales, puesto que no es un menú cerrado donde se indique lo que se ha de comer cada día.
- Facilita la variedad de alimentos y preparaciones, manteniendo las cantidades de hidratos de carbono. Esto es importante sobre todo para las personas que están con antidiabéticos orales o que llevan una pauta de insulina en la que no pueden aumentar o disminuir la cantidad en función de lo que van a comer (por ejemplo con insulinas mixtas o si solamente están con insulina lenta tipo Lantus® o Levemir®). Para personas que sí se inyectan insulina en cada comida, es decir usan

análogos ultra-rápidos (como Novorapid®, Humalog® o Apidra®), este tipo de dieta les permite saber cuántos hidratos de carbono les aporta el plato que tienen delante y qué cantidad de insulina deben ponerse.

- Se integra dentro del ámbito familiar, en el menú escolar o laboral. Si se adquiere un adecuado manejo de este sistema de intercambios, la alimentación de la persona con diabetes puede ir en consonancia perfectamente con el menú familiar o escolar, incluso poder adaptarse frente a fiestas o imprevistos. Además, una vez se tiene habilidad contando raciones, es muy útil también para saber la cantidad de hidratos de carbono en una receta, o cuando se interpreta una etiqueta nutricional.

En qué consiste la Dieta por Raciones

Se basa en clasificar los alimentos en 6 grupos (leche, farináceos, fruta, verduras, alimentos proteicos y grasas). Cada grupo lo componen alimentos que aportan el mismo nutriente principal, y las cantidades están unificadas para que cada alimento del listado aporte 1 ración. Es decir, sería lo mismo tomar 50g de patata que 20g de pan, ya que ambos aportarían una ración de hidratos de carbono. (Nutricion, 2014)

Conteo de los carbohidratos

Contar carbohidratos es una forma de planificar las comidas, ya que se puede ayudar a controlar la glucosa (azúcar) en la sangre. Los carbohidratos es una de las tres principales fuentes de energía que vienen de los alimentos. Las otras dos son la proteína y la grasa. El nivel de elevación de la glicemia en la sangre que ocurre inmediatamente después de ingerir alimentos depende del equilibrio entre la insulina del cuerpo y de la ingesta de carbohidratos. Si hay un balance adecuado entre carbohidratos e insulina, es más probable que el grado de glicemia en la sangre se mantenga dentro de los niveles deseados. Contar carbohidratos puede lograr los niveles deseados de glicemia en la sangre y a prevenir las complicaciones de la diabetes.

¿Cuántos gramos de carbohidratos me convienen más en cada comida y refrigerio?

La cantidad recomendada de porciones se basa en su peso, nivel de actividad, medicamentos para la diabetes y objetivos que se ha propuesto respecto a sus niveles de glucosa en la sangre. Su nutricionista o educador de la diabetes puede reunirse con usted para personalizar un plan. Estas son las guías generales de consumo:

- 50-70 gramos de carbohidratos en cada comida
- 15-20 gramos en cada refrigerio

Diabetes y ejercicio

El ejercicio de fuerza-resistencia muscular se refiere a las formas de ejercicio que utilizan la fuerza muscular para mover un peso o trabajar contra una resistencia. Este tipo de

05 PRESCRIPCIO APLICACIO.indd 78 PRESCRIPCIO APLICACIO.indd 78 6/2/06 10:03:38 2/06 10:03:38 79 Prescripción del ejercicio físico en la diabetes. Aplicación de programas de ejercicio proporciona diferentes beneficios a las personas con diabetes. En otras épocas se había considerado estos tipos de ejercicio como peligroso para los pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular o con complicaciones micro vascular o neurológico. Actualmente, es considerado como un tipo de ejercicio seguro siempre que se tomen las precauciones adecuadas; se trata de realizar una adecuada selección y supervisión de los individuos. Los beneficios que este tipo de ejercicio produce son la mejora de la fuerza y de la resistencia muscular, aumento de la flexibilidad, aumento de la sensibilidad a la insulina y de la tolerancia a la glucosa, mejoría en la composición corporal y disminución de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. La seguridad de este tipo de ejercicios está bien documentada en pacientes geriátricos, con enfermedad cardiovascular o con diabetes. Para ello, los pacientes deben aprender a realizar los ejercicios correctamente. Se deben mover los pesos mientras espiran el aire de los pulmones de forma rítmica, sin retener la respiración. Se debe inspirar en la fase de relajación y espirar cuando se mueve el peso. Es de gran importancia evitar realizar la maniobra de Valsalva. Además, se debe comenzar el ejercicio con un adecuado calentamiento, así como finalizarlo con un periodo de enfriamiento progresivo. Estos periodos tendrán una duración de 5 a 10 minutos y consisten en realizar unos minutos de ligera actividad aeróbica y unos

cuantos ejercicios de estiramiento. Con ello se consigue preparar la musculatura para el ejercicio y adaptar el ritmo cardiovascular al ejercicio que se va a realizar. (Francisco Javier Ampudia, 2006)

• **Justificación:**

El 60 % del tratamiento en un diabético es la alimentación por eso es importante desarrollar para la paciente el mejor tratamiento nutricional ya que de esto depende que sus niveles de glicemia en sangre puedan llegar a la normalidad y llevar una vida más saludable.

Es por eso que el siguiente trabajo pretende mostrar una buena prescripción dietética para la paciente y evitar que se puedan dar trastornos más severos en la salud de la misma.

• **Objetivos:**

Objetivo General: Manejo nutricional de paciente femenino con Diabetes tipo 2

Objetivos específicos:

- Determinar el estado nutricional de la paciente
- Reducir los niveles de glicemia en sangre
- Prevenir y tratar las complicaciones secundarias de la Diabetes tipo 2
- Proveer cantidades adecuadas de energía para lograr un peso ideal

• **Datos generales**

Paciente femenino 32 años, casada con 2 hijos de profesión docente.

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

• **Análisis del motivo de consulta**

La paciente acude a consulta en el hospital por que se ha sentido mal recientemente, presenta mareos constantes.

• **Historial clínico del paciente.**

La paciente tiene antecedentes de gastritis crónica desde hace 3 años, no refiere que toma algún medicamento en particular, el endocrinólogo la deriva al nutricionista.

• **Anamnesis**

No come bien el almuerzo.

Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema.

La paciente es docente en una escuela, por lo que esto le impide que pueda almorzar en su casa lo cual nos revela que no come a horas adecuadas y no tiene buenos hábitos alimentarios.

• Exploración clínica

La paciente presenta síntomas propios de la diabetes como son polifagia, polidipsia y poliuria, además la exploración física revela una deshidratación y sarcopenia, presenta un peso de 45 kg y una talla de 1.60 m y ha perdido 10 lbs de su peso en un mes.

• Formulación del diagnóstico previo análisis de datos.

Se le realizaron los siguientes exámenes:

Tipo de examen	Resultados	Valores de referencia
Glicemia en ayunas	340 mg/dl	70-110
Hemoglobina glicosilada (HbA1c)	10%	<5.7 %
Glicemia 2 horas postprandial	200mg/dl	Menor a 180 mg/dl
Colesterol	187 mg/dl	Hasta 200 mg/dl
Triglicéridos	220 mg/dl	Hasta 150 mg/dl

• Conducta a seguir

Se realizará una evaluación nutricional a la paciente que incluye:

- valoración antropométrica
- valoración bioquímica
- valoración dietética

Valoración antropométrica

Peso habitual: 49.5 kg

Peso actual: 45 kg

Talla: 1.60 m

IMC: 17.5

Resultado del IMC: Delgadez leve

$$\text{Porcentaje de pérdida de peso} = \frac{\text{peso habitual} - \text{peso actual}}{\text{peso habitual}} \times 100$$

$$\%PP = \frac{49.5 - 45}{49.5} \times 100 = 9\% \text{ pérdida de peso severa}$$

Se le diagnostica con pérdida severa ya que los porcentajes normales de pérdida de peso en un mes son menores al 2%.

Cálculo de peso ideal para mujeres

$$21.5 \times \text{Talla m}^2$$

$$21.5 \times 2.56 = 55\text{kg}$$

Calorías totales = peso ideal * 7 + 800 * Factor de actividad

$$\text{Calorías totales} = 55 \times 7 + 800 \times 1.2 = 1422 \text{ kcal.}$$

Valoración Bioquímica: El diagnóstico médico reveló que la paciente presenta Diabetes tipo 2. Y según sus resultados de laboratorio presenta una hipertrigliceridemia.

Valoración dietética: Se debe realizar un R24 para conocer los hábitos de la paciente.

Intervención nutricional:

Prescripción dietética

Dieta para paciente diabético de 1422 Kcal

Dieta hiperproteica.

Fraccionamiento de comidas: 4

Distribución de macronutrientes para plan de alimentación de 1422 Kcal

Proteínas

$$55 \times 1.2 = 66 \text{ gr}$$

$$66 \times 4 = 264$$

$$264 \times 100 / 1422 = 18.5\%$$

Carbohidratos

$$1422 \times 60 / 100 = 853.2$$

$$782.1 / 4 = 213.3$$

Lípidos

$$1422 \times 21.5 / 100 = 305.73$$

$$376.83 / 11 = 33.97$$

Distribución de macronutrientes

Macronutrientes	Porcentaje	Gramos
Proteínas	18.5 %	66 gr
Carbohidratos	60%	213.3 gr
Lípidos	21.5%	33.97 gr
Total	100%	

Distribución porcentual de las comidas

Desayuno	20%
Refrigerio	10%
Almuerzo	40%
Merienda	30%

PLAN DE ALIMENTACION PARA PACIENTE FEMENINO DE 32 AÑOS DE 1422 KCAL.

DESAYUNO

Alimentos	cantidad	Kcal	carbohidrat os	proteínas	lípidos
Tigrillo de verde	½ pieza	116	31.15	0.79	0.18
Clara de huevo	1	26	-----	5.2	0.36
Banana	1 unidad mediana	133.5	34.26	1.20	0.36
Almendra	1 cucharada	28.7	1.08	1.06	2.47
Té de manzanilla	1 sobre	----	---	---	---
Total		304.2	66.75	8.25	3.37

REFRIGERIO

Alimentos	Cantidad	Kcal	carbohidratos	proteínas	lípidos
Chocho	¼ de taza	49.5	4.1	6.45	1.2
Manzana	1 unidad pequeña	70.2	18.64	0.35	0.22
Total		119	22.74	6.8	1.44

ALMUERZO

Alimentos	Cantidad	Kcal	carbohidratos	proteínas	lípidos
Arroz blanco	1 taza	195	58.7	5.8	2.07
Pescado al vapor con finas hierbas	3 onzas	127.8	---	19.17	5.04
Vainitas al vapor	½ taza	17	3.9	0.94	0.11
Tomate	½ taza	18	3.8	0.88	0.2
Zanahoria en cubos cocida	1 cucharada	5.77	1.23	0.11	0.04
Crema de vegetales					
Papa	1 unidad	64.99	14.2	1.34	0.064

	pequeña				
Espinaca	½ taza	5.77	0.93	0.74	0.065
zanahoria	1 cucharada picada en cubos	5.25	1.23	0.11	0.04
Queso	1 onza	89.7	5.42	7.14	0.89
Total		528.5	88.18	36.23	8.87

Merienda

Alimentos	Cantidad	Kcal	carbohidratos	proteínas	lípidos
Arroz blanco	½ taza	97.5	29.35	2.9	1.03
Pepino	1/4taza	7.5	1.81	0.32	0.055
Cebolla	¼ de cebolla mediana	10	2.33	0.27	0.025
Tomate picado	1/4 taza	9	1.94	0.44	0.1
Pechuga de pollo a la plancha	3 onzas	129	---	11.6	9.06
Aceite de oliva e.v	2 cucharaditas	88.4	---	--	10
Total		341.4	35.43	23.78	16.99

Total		1293	213.10	66.26	33.55
		1422	213.3	66	33.97
% de adecuación		90.9%	99.9%	100.3%	101.6%

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

El siguiente artículo nos confirma que orientación adecuada con metas propuestas en el ámbito de la alimentación ayudará a los pacientes diabéticos a mejorar su estado de salud y evitar futuras complicaciones:

El manejo nutricional del adulto con diabetes tipo 2, es la parte angular en el tratamiento de esta enfermedad. Es un proceso que requiere de un profundo conocimiento de nutrición y alimentación, en donde el profesional de la salud recibe una preparación a profundidad en esta área con la finalidad de transmitir esta información a los pacientes. El establecimiento de un plan de cuidado nutricional, realizado a través del proceso de terapia médica nutricional, involucra el trabajo multidisciplinario del equipo de salud (médico, nutriólogo, educador en diabetes, entrenador físico y psicólogo). La intervención nutricional se lleva a cabo a partir del establecimiento de metas, la modificación en los estilos de vida, la orientación alimentaria adecuada, la enseñanza del sistema de equivalentes, el conteo de hidratos de carbono, el monitoreo en la ingesta de grasas, todo ello con la finalidad que llevar al control de los niveles séricos de glucosa y la prevención de las complicaciones asociadas con esta enfermedad (Claudia Hunot, 2001)

- **Seguimiento.**

Se citara a la paciente a los 15 días de iniciado el tratamiento para verificar sus niveles de glicemia, luego tendrá que acudir a consulta mensualmente por 10 meses.

- **Observaciones.**

Se debe tomar en consideración que la diabetes es una enfermedad que si no se controla puede presentar complicaciones severas a nivel visual, renal y cardiovascular que pueden llegar a ocasionar la muerte, por lo que se debe tomar las medidas de salud respectivas para evitar dichas complicaciones.

Conclusiones

Se concluye que la paciente debido a los malos hábitos alimentarios y a su inactividad física fueron los detonantes principales para adquirir la enfermedad por lo que se recomienda reducir el consumo de alimentos altos en azúcares tales como postres, bebidas azucaradas, chocolates, caramelos así como también alimentos altos en grasas saturadas como comida chatarra, además de limitar el consumo de sal etc.

Para mejorar los síntomas de su gastritis deberá comer a las horas adecuadas y limitar el consumo de alimentos como frutas cítricas por que elevan el grado de acidez, el café que aumenta la secreción gástrica, cereales integrales, lácteos, carnes rojas y condimentos fuertes tales como cubos de saborizantes.

Se le recomienda realizar ejercicios de tipo anaeróbicos para mejor la condición de pérdida de la masa muscular y este mismo ayudará a reducir los niveles de glicemia en la sangre.

Bibliografía

- A., S. (2013). Diabetes Mellitus: Actualizaciones . En M. C. Sergio A. Islas Andrade, *Complicaciones Crónicas de la diabetes* (págs. 227-231). Mexico, D.F: Alfil, S.A de C.V.
- Association, A. D. (2008). *standards of Medical Care in Diabetes*. Obtenido de 1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2008. *Diabetes Care*. 2008; 29(suppl 1):12-40.
- Association, A. D. (Noviembre de 2013). *Diabetes*. Obtenido de <http://www.diabetes.org/es/alimentos-y-actividad-fisica/alimentos/que-voy-a-comer/compreension-de-los-carbohidratos/indice-glucemico-y-diabetes.html>
- Claudia Hunot, A. (2001). Manejo nutricional del adulto con diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en Salud*.
- Diabetes, F. I. (2013). *ATLAS de la Diabetes de la FID* (2013 ed.). Rio de Janeiro.
- Francisco Javier Ampudia, A. C. (2006). *Diabetes y Ejercicio*. Madrid: MAYO, S.A.
- Medisan. (2015). Hemoglobina glucosilada en pacientes con diabetes mellitus. *SciElo*, 1,2.
- Nutrición, E. y. (Enero de 2014). *Sistema de intercambios y equivalencias de alimentos o dieta por raciones*. Obtenido de <https://endocrinoynutricion.wordpress.com/2014/01/24/sistema-de-intercambios-y-equivalencias-de-alimentos-o-dieta-por-raciones/>
- Sergio A. Islas Andrade, F. M. (2013). Bases Para el diagnóstico y el tratamiento de Diabetes Mellitus . En *Diabetes Mellitus: Actualizaciones* (pág. 79.80.81.83.83). Mexico, D.F: F.T, S.A de C.V.
- Vinocour, D. M. (2017). *AMPMD*. Obtenido de Portal Medicos: <http://portal.medicos.cr/documents/20183/1486612/Gui%CC%81as+ADA+2017.pdf/d72b2305-36a0-49a4-91f0-2a1924cc92a5>

ANEXOS

Ejemplo de lista de equivalentes

Lista de equivalentes

LECHE

	CANTIDAD
Leche descremada	1 tza.
Jocoque	1 tza.
Helado de Yogurt	1/2 tza.
Leche semidescremada	1 tza.
Leche entera en polvo	2 cdas.
Yogurt natural	3/4 tza.

CARNES

Carne de res	30 g.
Carne de cerdo	30 g.
Jamón de pierna	60 g.
Pollo sin hueso	30 g.
Atún en agua	30 g.
Pescados y mariscos	30 g.
Quesos, panela y requesón	30 g.
Huevo entero	1 pza.
Salchicha	60 g.

LEGUMINOSAS

Frijol negro, canario, etc.	1/2 tza.
Haba seca	1/2 tza.
Lentejas	1/2 tza.
Garbanzo	1/2 tza.
Soya en semilla	1/2 tza.
Soya germinada	1/2 tza.
Soya texturizada	3 cdas.
Soya texturizada hidratada	1/2 tza.

LÍPIDOS (GRASAS)

Aceites vegetales, mantequilla	1 cda. (5 g)
Aderezos, crema, queso crema	1 cda. (15g)
Mayonesa	1/2 cda.
Pistaches	6 pzas.
Cacahuates	6 pzas.
Aguacate	1 rebanada
Almendras	10 pzas.
Nuez	3 pzas.

CEREALES Y TUBERCULOS

	CANTIDAD
Bolillo sin migajón	1/2 pza.
Bollo para hamburguesa	1/4 pza.
Pan de caja (blanco o integral)	1 reb.
Pan tostado	1 reb.
Tortilla de maíz	1 pza.
Cereal de fibra	3/4 tza.
Hojuelas de avena	1/2 tza.
Arroz blanco o rojo	1/3 tza.
Camote hervido	3/4 tza.
Elote entero	1/2 pza.
Maíz pozolero	1/2 tza.
Papa horneada o hervida	1 pza. chica
Pasta cocida	1/2 tza.
Galletas marías	5 pzas.
Galletas saladas	3 pzas.
Hot cake	1 pza.
Tortilla de harina	1 pza.
Tostada	1 pza.

VERDURAS 1

	CANTIDAD
(libres no más de 2 tazas)	
Berro	Espinaca cruda
Nopales	Acelga cruda
Apio	Alfalfa germinada
Cilantro	Col blanca
Lechuga	Pepino
Rábanos	Verdolagas crudas

VERDURAS 2

Acelga cocida	1/2 tza.
Coliflor cocida	1/2 tza.
Brócoli cocido	1/2 tza.
Jugo de verduras	1/2 tza.
Cebolla	1/3 tza.
Jitomate	1 tza.
Betabel	1/4 tza.
Chayote	1 tza.
Chile poblano	1 pza.
Jugo de tomate	1/3 tza.
Jugo de zanahoria	1/4 tza.
Zanahoria	1/2 tza.

FRUTAS

	CANTIDAD		CANTIDAD
Guayaba	3 pzas.	Fresa	1 tza.
Higo	3 pzas.	Papaya	1 tza.
Ciruella ama./roja	3 pzas.	Jicama	1 tza.
Tuna	2 pzas.	Piña	1 tza.
Mandarinas	2 pzas.	Sandía	1 tza.
Mango criollo	2 pzas.	Mango petacón	1/2 tza.
Pitaya	2 pzas.	Jugo de naranja	1/2 tza.
Naranja	1 pza.	Jugo de manz.	1/2 tza.
Membrillo	1 pza.	Jugo de toronja	1/2 tza.
Manzana	1 pza.	Lima	2 pzas.
Nectarina	1 pza.	Uvas	10 pzas.
Plátano tabasco	1/2 pza.	Pasas	4 pzas.
Toronja	1/2 pza.	Ciruella pasa	2.5 cdas

Adaptado de Pérez-Lizaur AB, Marvan-Laborde L. *Manual de dietas normales y terapéuticas*. Editorial Prensa Médica Mexicana. México 1999.

Tabla para control glucémico

Índice	Ideal/Meta	Acción Recomendada
Ayuno o preprandial	80mg-120 mg/dl	<80 mg/dl ó 140 mg/dl
2 horas postprandial	180 mg/dl	>180 mg/dl
Al acostarse	100 mg-140 mg/dl	<100 mg/dl ó 160 mg/dl
HgbA	<7	>8

IMC según la OMS

Clasificación	IMC (kg/m ³)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	<18,50	<18,50
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez aceptable	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18.5 - 24,99	18.5 - 22,99
		23,00 - 24,99
Sobrepeso	=25,00	=25,00
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obeso	=30,00	=30,00
Obeso tipo I	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obeso tipo II	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Obeso tipo III	=40,00	=40,00



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



Babahoyo, 03 de mayo del 2017

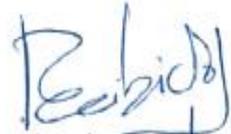
Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSC.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, Yo, **Catherine Lisset Franco Filian**, con cedula de ciudadanía # **1205600594**, 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 a titulación en la modalidad de **EXAMEN COMPLEXIVO**

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


Atentamente,
Catherine Lisset Franco Filian
C.I 1205600594


04/05/2017 12:10



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Facultad de Ciencias de la Salud

SECRETARÍA



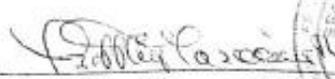
CERTIFICACION

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

Certifica:

Que, por **Resolución Única de Consejo Directivo de fecha 19 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: FRANCO FILIAN CATHERINE LISSET, C.I. 1205600594 carrera de NUTRICION Y DIETETICA, y 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, 23 de Mayo del 2017


Abg. Vanda Aragundi Herrera
SECRETARIA



Recibido
23/05/2017 12:12

FECHA	ELABORADO POR	CARGO	FIRMA
-------	---------------	-------	-------



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA 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, Catherine Lisset Franco Filian, con cédula de ciudadanía 1205600594, egresada de la Escuela de Tecnología Médica, carrera Nutrición y Dietética, 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: DIABETES TIPO 2 EN PACIENTE FEMENINO DE 32 AÑOS, 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 agradecida.

Atentamente,


Catherine Franco Filian
C.I. 1205600594


21/08/2017 15:06



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



Babahoyo, 7 Agosto del 2017

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

En su despacho.-

De mi consideración.

Yo, **Catherine Lisset Franco Filian**, con C.I **1205600594** egresada de la carrera de **Nutrición y Dietética**, por medio de la presente hago entrega del Tema: **DIABETES TIPO 2 EN PACIENTE FEMENINO DE 32 AÑOS**, el mismo que debe ser aprobado por las autoridades respectivas para continuar con la defensa del caso clínico práctico, en el proceso de titulación modalidad examen complejo.

Anticipo mi sincero agradecimiento por la atención prestada.

Atentamente:
Catherine Lisset Franco Filian

Catherine Lisset Franco Filian
04/08/2017 15:39



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

CASOS CLINICOS

Caso 1 DIABETES TIPO 2

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Paciente femenino de 32 años, que labora como docente en una escuela, casada y tiene 2 hijos, se ha sentido mal últimamente, cree ella que es porque no ha estado comiendo bien el almuerzo, pero esta mañana ha presentado mareos constante por lo que acude al hospital y comenta que desde hace 1 mes ha perdido unas 10 lbs. de su peso, presenta polidipsia, poliurea, y polifagia; además tiene una gastritis crónica desde hace 3 años.

La exploración física revela una deshidratación, y Sarcopenia, tiene un peso de 45 kg y una talla de 1.60 m

Los exámenes complementarios revelan Glicemia en ayunas 340 mg/ dl, Hemoglobina glicosilada 10 % , Glucemia 2 horas posprandial con 75g de glucosa oral 200 mg/dl Colesterol Total 187 mg /dl, Triglicéridos 220 mg/dl.

El Endocrinólogo diagnostica diabetes tipo 2 y solicita interconsulta con la Nutricionista.

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.

Lotharume Franco Filian
4/08/2017

Nutrición y Dietética

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
09/08/2017 15:39