



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

Componente Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciado en Nutrición y Dietética

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

**PACIENTE DE 26 AÑOS DE EDAD EMBARAZADA CON DIAGNOSTICO
DIABETES GESTACIONAL Y ANEMIA**

AUTOR

JIMSOP JOSUE AYALA MEJÍA

TUTORA

DRA. ROSARIO DEL CARMEN CHUQUIMARCA CHUQUIMARCA

BABAHOYO- LOS RIOS ECUADOR

2021

INDICE GENERAL

DEDICTORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
TÍTULO DEL CASO	
CLÍNICO.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCIÓN	VI
I. MARCO TEÓRICO.....	15
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	15
1.2 OBJETIVOS.....	16
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	16
1.3 DATOS GENERALES.....	17
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	17
2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES , HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE.....	17
2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIEREN EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	17
2.3. EXAMENES FISICOS (EXPLORACIÓN CLÍNICA)	
2.4 INFORMACIÓN DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	18
2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	18

2.6 ANALISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	19
2.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	24
2.8 SEGUIMIENTOS.....	25
2.9 OBSERBACIONES.....	27
3. BIBLIOGRAFIA.....	28
3.1 ANEXOS.....	31

DEDICATORIA.

Este proyecto investigativo es dedicado primeramente a Jehova a Dios ya que él es quien me dio la vida y me ha dado fortaleza para no decaer y llegar hasta donde me encuentro en estos momentos cumplimiento una de mis mayores metas que es formarme como nutricionista dietista.

A mi padre Josue que es mi motor más grande y que me ha apoyado en los recursos necesarios a pesar que somos 4 hijos y todo el mismo apoyo por igual, siempre se las ha ingeniado para que yo me forme como profesional.

A mi madre Sandi que es parte de mi motor y que me ha apoyado en mis uniformes en la presentación y en la alimentación para que vaya bien comido a la universidad.

A mis hermanas menores que por ellas me esfuerzo cada día para brindarle un mejor ejemplo, de aprendizajes por eso quiero ser yo quien este para ellas en cada meta, sueños que tenga.

Al IFTH del SENEYCYT ya que mediante mis esfuerzos académicos mediante el examen de ingreso pude obtener una beca Nacional y fue mi ayuda económica para poder utilizarlos en los seminarios en todos mis procesos de estudios académicos y en mi recuperación de mi salud después de un accidente de tránsito para que continúe con mis estudios académicos.

A los docentes que estuvieron conmigo en mi recuperación la DRA. ROSARIO Chuquimarca, Dra. Carmen Rodríguez Díaz y al Ing. Luis Caicedo con todos los consejos y la ayudas para volver a continuar con mis estudios después de un accidente de tránsito.

En esta dedicatoria no pueden faltar mis abuelos que son mis ángeles que no se encuentran terrenalmente, pero sí de manera espiritual.

Jimsop Josue Ayala Mejía

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Jehova Dios, que me guio a seguir mi camino por permitirme finalizar con mis estudios y cumplir mis objetivos.

A mi familia que han estado en cada etapa de mi vida apoyándome constantemente quienes han sido un motor e inspiración para ser quien soy debido a los valores, amor ,cariño y afecto que me han brindado, mis amistades, al senecyt, al centro de salud sauces 3 distrito 09 D 05 que me facilitaron para poder obtener la información de mis casos clinicos y los seguimientos de mis pacientes y a Dios, que me guio a seguir mi camino por permitirme finalizar con mis estudios y cumplir con mis objetivos.

Y por su puesto a mi estimada Universidad Técnica Babahoyo, a mi Facultad de Ciencias de la Salud, a cada uno de los docentes que me brindaron sus conocimientos y aprendizaje.

A mi tutora la doctora Rosario Del Carmen Chuquimarca Chuquimarca por sus constancias, colaboración, orientación y paciencia durante el desarrollo de mi caso clínico.

Jimsop Josue Ayala Mejía

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

**PACIENTE DE 26 AÑOS DE EDAD EMBARAZADA CON DIAGNOSTICO
DIABETES GESTACIONAL Y ANEMIA**

RESUMEN:

Descripción: Paciente de 26 años de edad embarazada con 24 semana de gestación. Medidas antropométrica peso actual 54 kg, talla: 1.54 cm Perímetro braquial: 26 cm, pliegue tricipital: 17mm, pantorrilla: 27cm. Con antecedentes patológicos personales diabetes **gestacional y anemia** y familiares abuelos diabeticos y hipertenso que refiere que le da mucha sed y orina mucha frecuencia durante el día y También menciona que ha notado pérdida de peso, se encuentra palida, manifiesta que tiene una por lo que presiente hinchazon en lo musculos de las piernas y las manos y sudoración y palidas últimos días de no puede ver muy bien y con unos mareos recurrentes y por eso no **realiza actividad fisica** por el miedo en caerse. Se valoro a la paciente antropométricamente y se identifico el estado nutricional bajo peso y se realizo para la ganancia de peso y **Resultado:** se pudo obtener una ganancia de peso adecuado durante en los proceso de seguimiento de 2 semana y al mes. De acuerdo **metodología:** al requerimientos energéticos Dieta normocalorica de **1775kcal/Dia**, hiperprotica, normoglucidica, normograsa solucionado ácidos grasos Omega 3 y 6, Hiperferrosa 45 mg diarios, aporte normal de fibra 25 gramos diarios, fracionada en 6 comidas fomentando asi un patron a seguir para mejorar sus hábitos alimentarios y optar unos alimentos de mejor calidad Se alimenta 4 tiempo de comidas al dia, alimentos con una deficiencia de hierro no consume la cantidad adecuada de hierro no conoce cuales son los aliementos que contiene hierro. Se pudo lograr una parte del **objetivo general:** es Mantener el control de la diabetes gestacional y anemia en el embarazo através del proceso de atención **Nutricional** y tratamiento medico. Ayude a la paciente a mejorar su estado carencial de hierro y las molestias ocasionadas por la diabetes gestacional y la anemia. **Plabras claves:** Diabetes gestacional, anemia por deficiencia de hierro, tratamiento nutricional.

ABSTRACT:

Description: 26-year-old pregnant patient with 24 weeks of gestation Anthropometric measurements, current weight 54 kg, height: 1.54 cm Brachial circumference: 26 cm, triceps crease: 17mm, calf: 27cm. With a personal pathological history, gestational diabetes and anemia, and relatives, diabetic and hypertensive grandparents, who refer that he is very thirsty and urinates very often during the day and also mentions that he has noticed weight loss, he is pale pale, he states that he has a so He senses swelling in the muscles of the legs and hands and sweating and pale in the last days of not being able to see very well and with recurrent dizziness and therefore does not perform physical activity due to fear of falling. The patient was assessed anthropometrically and identified the nutritional status was underweight and was carried out for weight gain and Result: an adequate weight gain could be obtained during the 2 week and 1 month follow-up process. According to the energy requirements Normocaloric diet of 1775kcal / Day, hyperprotic, normoglycemic, normolipidic Omega 3 and 6 fatty acids, Hyperferrous 45 mg daily, normal intake of fiber 25 grams daily, divided into 6 meals thus promoting a pattern to follow to improve their eating habits and choose better quality foods They eat 4 meals a day, foods with an iron deficiency do not consume the adequate amount of iron they do not know which foods contain iron Part of the general objective could be achieved : en Maintain control of gestational diabetes and anemia in pregnancy through the process of Nutritional care and medical treatment. Help the patient to improve her iron deficiency status and the discomfort caused by gestational diabetes and anemia.

Keywords: Diabetes gestational, anemia by deficiency of iron and zinc , treatment nutritional

INTRODUCCIÓN:

Después del embarazo, entre el 5% y el 10% de las mujeres presentaron con Diabetes Gestacional, tienen hasta un 20 y 50% de contraer diabetes en la próxima 5 a 10 años y eso complica a la exposición del feto a concentraciones elevadas de glucosa plasmática de la madre, durante el segundo y el tercer trimestres, resulta en crecimiento fetal excesivo, macrosomía, hipoglucemia, ictericia, hipocalcemia, policitemia y enfermedad por deficiencia de surfactante pulmonar en el neonato y posteriormente, en niños, en obesidad y DT. (MSC.Carina Vance Mafla , 2014).

La anemia afecta casi la mitad de todas las embarazos en el mundo al 52% de las embarazadas de los países en vías desarrollo y al 23% de las embarazadas de los países desarrollados. Los principales factores de Riesgo para desarrollar anemia por deficiencias de hierro son: bajo aporte de hierro y pérdidas sanguíneas crónicas a diferentes niveles, de problemas síndromes de mala absorción y periodos de vida en que las necesidades de hierro son especialmente altas. (Mafla Carina; Malo Miguel;, 2014).

En la salud de la embarazada y del feto es lo **vulnerables** a sufrir ciertas patologías, diabetes y anemia la morbilidad y mortalidad en el embarazo en Adultos por una mala educación alimentaria. Deseo detener la incidencia de diabetes gestacional y la anemia, ya que si no se controla con un tratamiento dietético y actividad física en desarrollar un plan nutricional adecuado para esta patologías, representa un gran reto debido a que los alimentos que podrían favorecer al tratamiento de la anemia o no

resultan beneficiosos para el tratamiento de la Diabetes gestacional. Por ello la importancia de Este caso clínico.

El diagnóstico es la clave para controlar y principal para el tratamiento preventivos. La hipoglucemiantes y a menudo revierte con la normalidad del parto donde se presenta la incidencia de estas patologías ha aumentado progresivamente en consecuencias de muchos factores por el exceso de azúcares, CHOS, el stress crónico y sobrepeso y obesidad. (RUIZ , 2016).

En todo el mundo la Diabetes gestacional se constituye como uno de los principales problemas más frecuentes en el embarazo y es uno de los importantes los números de casos con complicaciones y muertes de tantas embarazadas con los puerperios están por nacer. (Salazar V. Jorge Luis ;, /05/2014, pág. 4)

I. MARCO TEÓRICO

➤ IDENTIFICACION DE LAS PATOLOGIAS ASOCIADOS:

1) Diabetes gestacional.

La diabetes gestacional es uno de los tipos de diabetes que se detecta por primera vez durante en la semanas o trimestres gestacional en la embarazada.

Esta patología se presenta porque la glucosa, también denominada azúcar, es demasiado alta en la sangre. El cuerpo humano utiliza la glucosa para obtener la energía. Tener mucha glicemia en la sangre no es bueno ni para la paciente ni para el puerperio. (Salazar V. Jorge Luis ;, /05/2014, pág. 3)

Clasificación de diabetes gestacional:

La diabetes gestacional se divide en dos clases que se usa para describir:

- **Clase A1:** la diabetes gestacional que puede controlarse con la dieta alto riesgo y bajo riesgo
- **Clase A2:** la diabetes gestacional que necesita insulina o medicamentos orales para controlar su afección, estable y inestable. (Cruz, 2017, pág. 94)

(ART. MED INT MEX. Dra. Marisol Cruz González)

2) Anemia.

La Anemia es una de las causas más común de anemia durante en el proceso embarazo se produce por una deficiencia de hierro. El requerimiento de hierro aumenta durante las semanas de gestación debido tanto a los requisitos necesarios para el feto y la placenta como la elevación de la masa total de globulos rojos del gestante, por los que absorbe el hierro.

El requerimiento de hierro aumenta durante la gestación debido tanto a los requisitos del feto y la placenta como al aumento de la masa total de glóbulos rojos de la gestante, por lo que la absorción de hierro. Teniendo presente que la anemia puede tener diversas causas (anemia ferropénica, anemia talasemia, anemia drepanocítica). (Junta de ANDALUCIA,, 2014, págs. 130 , 131).

VALORACIONES DEL ESTADO NUTRICIONAL en el embarazo

EVLUACIÓN NUTRICIONAL DE LA EMBARAZADA:

3) Desarrollo: La evaluación del estado nutricional de la embarazada debe realizarse de la manera más integral, esto comprende el estudio de todos los factores de riesgo **nutricional**, las condiciones **dietética, médica, antropométrica y bioquímica** y también en la area psico social en caso de ser necesario. (Rached Sosa, Ingrid, 1950)

➤ Valoración del estado nutricional en las mujeres embarazadas

ANTROPOMETRIA:

1) Para valorar el estado nutricional en las mujeres embarazadas mayor a 13 semanas de gestación se saca el IMC Peso para la edad gestacional.

1.1) Aplicamos las tablas CLAP peso para la Talla según su edad gestacional talla en cm: para cada semana de gestación y altura materna en las tablas nos indica los esos correspondientes a los percentiles 10 y 90.

Todas las mujeres embarazadas que esten con valores de peso y la talla al percentile 10 presenta UN **peso insuficiente** y si los valores sobrepasan del percentile 90 se constituyen un **peso excesivos: ejem:** una embarazada **con** talla 1.59cm de altura, pesa 58 kg en la 20 semana gestación estan dentro de los valores normales de peso

edad gestacional ya que ese valor de peso se ubica entre los percentiles 54.4kg **(percentile 10)** y los 66.6kg **(percentile 90)** (PORRO, ROBERTO, 1586, págs. 19,20,21,22,23).

1.2) Clap según su peso Edad gestacional.

Gestacional en las tablas respectivas ubicar las semanas de gestación de la madre, con los valores dados del peso gestacional nos dirigimos a la tabla de peso preconcepcional estimado en la mujer gestante se presentarán 3 tipos de percentiles adecuados: el mínimo, el medio y el máximo. Revisar en el anexo en la

Tabla 1. tablas Clap según su peso Edad gestacional.

La alimentación de una mujer embarazada tiene que primero ser evaluada para poder anticipar posibles deficiencias en la misma ingesta de nutrientes. Cada vez que se absorben carencias en la alimentación es muy importante. Los alimentos que deben ser consumidos todos los días por la mujer embarazada para conseguir una adecuada nutrición son:

- cereales y derivados,
- Frutas y vegetales.
- leche
- yogur
- queso
- carnes y huevos
- aceite de vegetales el olivo o el de girasol
- agua potable segura

Todo estos alimentos es muy importante asegurar la variedad en cada uno de los componentes. Ejemplo, que la embarazada no tenga el mismo consumo

exclusive de un tipo de vegetales con sus diferentes colores aportan la variedad de nutrientes diferentes.

1) La energía requerida es para llevar a obtener un embarazo de termina:

Se estima entre 8.0000 kcal. Estos se deben a un requerimiento conjunto que se produce por un A. metabólica materna, el feto y el crecimiento del feto y de la placenta. La **OMS** ha estimado que, por días se requiere un ingesta de alimento promedio de 300kcalde más para la totalidad del embarazi, es decir una ingesta diaria aproximada de entre 2150kcal y 2200kcal. Durante unos primeros trimestres del gasto energetico total no se modifica tanto mientras que en el 2 y 3 trimestre es algo necesario un aporte calorico aproximadamente 340kcal por dia durante 2 trimestres y 425 kcal por dia en el 3 trimestre. (Orane Hutchinson, Alman Louis, 2016, pág. 13)

1.1) El requerimiento de energía en las mujeres embarazadas

El requerimiento de energía de las mujeres embarazadas con un peso normal Se presenta el aumento durante el embarazo con los objetivos de cubrir las demandas metabólicas del embarazo y el feto que están gestando

El requerimiento de energía de las mujeres embarazadas con peso normal aumenta durante el embarazo con el objetivo de cubrir las demandas metabólicas del embarazo y del feto que se está gestando utilizando para el día. Aumento del requerimiento de energía es algo aproximado de 300Kcal/Día durante el segundo y tercer trimestre y no se presenta ningún aumento de los requerimientos necesario durante el primer trimestre. Para poderlo visualizar requerimiento ese aumento de energía se puede pensar que un guineo grande tiene aproximadamente 200 kcal, o una rodaja de pan que lo utilizan para los

desayuno aproximadamente tiene 90 kcals o una de las hamburguesa casera tiene aproximadamente un valor 90 kcals o un pote yogurt descreamado tiene un valor aproximado 100kcals. Esto es muy interesante remarcar que el requerimiento de algunos nutrientes aumente por mayor porción incluso desde los primeros trimestres lo cual se presenta de generar las necesidades de mejores calidad para el consumo de alimentos para asegurar que ese pequeño extra de energia se cubra con los requerimientos de mayor calidad de nutrientes. Para las embarazadas el consumo extra de energia al dia deberan ser expresadas de alimentos ricos de nutrientes como: Los cereales integrales, fortificados, frutas, vegetales, lacteos y carnes magras. Unas de las formas prudentes de determinar si el consumo de energia esta de acuerdo al requerimiento de la mujer embarazada es a través de la ganancia adecuada de peso gestacional.

Si la gancia de peso adecuado, no se considera necesario hacer intervenciones que se refiera a la ingesta energética, si no que se hará especial énfasis en el consumo de nutrientes especificos énfasis en el consumo de nutrientes específicos y en la calidad general de la alimentación.

Es necesario tener presente y recordar que durante el proceso de embarazo no son los momentos indicados para realizar las restricciones energéticas ya que los productos del catabolismo de los lipidos pueden ser dañinos para el feto. Por es motivo es asegurar de que la mujer embarazada consuma alimentos de cantidad y variedad puede ser distribuida en 6 tiempo de comida y que la ganancia de peso sea adecuada.

(Dr. Ignacio , Asprea; Dr. García, Oscar; Nigri, Lic. Obstétrica Carolina ;, 2013, pág. 52)

➤ **Los macronutrientes importantes para el embarazo**

➤ **Carbohidratos:**

La ingesta de CHOS es recomendada para cumplir con un aporte de energía durante el embarazo es de 175 g y durante la lactancia materna aumenta a 210g. Los carbohidratos se divide en 2 **carbohidratos simples y carbohidratos complejos.**

Los carbohidratos simples se divide en 2: monosacáridos y disacáridos.

Los monosacáridos: son componentes esenciales de todos los de más carbohidratos. La importante para la nutrición para las personas son las glucosa, dextrose, frutosa y galactosa. La frutosa la encontramos en todas las frutas y miel. Se las utiliza en bebidas y alimentos procesados.

El cuerpo humano convierte con facilidad la frutosa en glucosa.

La galactosa se puede encontrar en las leches y resultan en discomposición del disacáridos en lactosa que también se convierte en glucosa en el cuerpo.

Los disacáridos resultan de la unión de 2 monosacáridos.

➤ **Proteínas.**

El requerimiento de las proteínas aumentado se debe al desarrollo del tejido materno, Fetal y placentario. Equivalentemente, durante todo el embarazo se acumulan 925g de proteínas la que provoca en las recomendaciones diaria para obtener un aumento 46g/día en las pacientes no embarazadas y en las embarazadas es a **71g/día** es decir, pasa de 0.8g/kg/día a 1.1 g/kg/día. Cuando

la ingesta calórica es deficiente, las proteínas se metabolizan en lugar de ser almacenadas para el feto.

Grasas: los lípidos son fuentes de energía y también parte importante en la estructura celular. Son los principales vehículos para las vitaminas liposolubles (A, D, E, K) que son las reservas de energía; los órganos los lubrican. Una ingesta total de lípidos se debe ser 20-35g/ día. Principalmente las grasas insaturadas y en menor medida las saturadas, colesterol y grasas trans. El cuerpo humano no puede sintetizar ácidos grasos con doble enlace porque debe obtenerlos en el plan de alimentación en forma de ácidos linoleico o alfa linoléico. (Oran Hutchinson, Alman Louis, 2016, pág. 13)

➤ **Los micronutrientes importantes para el embarazo:**

➤ **1) Calcio:**

El calcio es necesario para la formación ósea del feto y ayuda para el mantenimiento materno. Durante el embarazo los requerimientos de calcio aumentan pero no se elevan las recomendaciones de la ingesta del mismo ya que el organismo compensa el aumento de las demandas elevando la absorción del mismo.

El personal de la salud analice el consumo de leche, yogures y quesos que son las fuentes principales de este mineral. Siempre que sea posible recomendar las porciones y que sean productos descremados y recuerde que no solo la leche aporta grandes cantidades de calcio sino también hay otros alimentos con las mismas fuentes de calcio que es el yogur y el queso.

➤ **2) Hierro:**

El hierro es uno de los minerales indispensable para la formación de los globulos rojos y consecuentemente, la prevención de la anemia ferropénica. En nuestros La cantidad de hierro que una mujer embarazada debe consumir es un 50% mayor en la relación a la mujer no embarazadas es casi imposible cubrir esa cantidades solo con los alimentos..

Ademas la suplementación con hierro, se recomienda indagar sobre el consumo de alimentos ricos en Fe: como las **carnes vacunas, pollo y pescados** las todas las vísceras como el hígado, morcilla y lácteos adicionadas con hierro. Si la embarazada no lo consume con pocas frecuencias es importante consejarle sobre todo sobre la incorpración de los alimentos de FE, especialmente en hierro hemínico los beneficios que tendra para el feto en su embarazos (Dr. Ignacio , Asprea; Dr. García, Oscar; Nigri, Lic. Obstétrica Carolina ;, 2013, págs. 52, 53)

La palidez, fatiga, frio, papitaciones o cefaleas son los sintomas principales de la anemia hay que ver y analizar al paciente normalmente buscamos las causas de una deficiencia de algunos nutrientes: como el hierro, acido folico o de vitaminas B12.LA anemia es de la fuente principal de hierro es lo mas habitual y puede ser debido a una dieta incorrecta en la deficiencia alimento

La anemia por falta de hierro es la más habitual y puede ser debida a una dieta incorrecta en la deficiencia de alimentos **ricos en hierro** o en nutrientes que facilitan la asimilación. Tambien puede ser provocado por una mala absorción intestinal o excesiva perdida de sangre.

Los alimentos ricos en hierro son:

- 1) **Lentejas:** son fuentes ricas en hierro (9mg-100g) es un **hierro hemo** (vegetal), tiene que consumirlo con alimentos cítricos que contenga vitamina C es la mejor forma de aprovechar la absorción. Y contiene otros micro nutrientes **folatos** (215mcg/50) y el **cobre** (0.45mg /50g).
(Guerrero, Rosa, 10 DE FEBRERO DE 2021)

2) **Ácido fólico:**

Durante el embarazo esta vitamina es indispensable para acompañar la rápida división de las células que se producen, esto también puede reducir el riesgo de la anemia. Los primeros 28 días del embarazo estas vitaminas son muy fundamentales para reducir uno de los tantos riesgos en el embarazo un 75%, que afecta a la malformación del cierre del tubo neural. Es algo deseable que la mujer embarazada haya consumido un suficiente ácido fólico durante el período preconcepcional a través de la adecuada ingesta de estos nutrientes en los **alimentos y suplementos. Los ácidos fólicos y otras vit. del grupo B, para contribuir un adecuada ingesta de estos nutrientes.** Para asegurar a las mujeres embarazadas consuma suficiente ácido fólico, es muy necesario alentar a las pacientes que se alimente con hojas verdes oscuras, (**espinaca, acelga, lechuga, etc**). El brocoli, además, el hígado, el riñón, las legumbres y productos elaborados como la harina enriquecida como pan, galletitas, pastas, secas, etc.

➤ 4) **Vitamina C:**

Todas las vitaminas C son muy importantes durante el proceso de embarazo, durante el embarazo las recomendaciones nutricionales del consumo de las vitaminas C aumentan un 13% sin embargo cubrir las recomendaciones no son tan complicado.

Las vitaminas C está ampliamente distribuida en especialmte en las **frutas** pero también en **verduras**, hay muchos alimentos que la contiene por mayor cantidad. Ejemplo de los alimentos que contiene vit C para cubrir al 100% las recomendaciones que son:

- 1)10 frutillas
- 2)1 naranja grange
- 3)1 kiwi grande.
- 4)200gr de broccoli
- 5) 50g de morrón rojo.

➤ **5)Fibra:**

La fibra es indispensable para una adecuada función para mejorar el proceso intestinal que es un tema de mucho interés tartarlo con las embarazadas.

Fibra La fibra es indispensable para una adecuada función intestinal que es un tema de especial interés durante el embarazo. Lo cual para la transforción un aspecto muy crítico durante la alimentación. Ya que la fibra se encuentra fundamentalmente en **frutas, vegetales y cereales integrales**, indague sobre el consumo de estos alimentos y estimule una incorporación en cantidades adecuadas en la alimentación en todos los dias.

➤ **6) Ácidos grasos esenciales:**

No es recommendable durantes la alimentación que no sea excesiva en grasas para evitar problemas de sobrepeso y el riesgo cardiovascular. Sin embargo, no todas las grasas no son de la misma calidad nutricional y por eso es importer los ácidos grasos que son de los aceites vegetales. Dada la importancia de estos ácidos, evalúe el consumo se debe dar recoemndación del aceite vegetal 4 cucharadas para las preparaciones sin cocinar (no enfrituras ni salteados) en la

preparación de la comidas. (Dr. Ignacio , Asprea; Dr. García, Oscar; Nigri, Lic. Obstétrica Carolina ;, 2013, pág. 53)

➤ **Zinc**

El Mineral zinc tiene un papel muy importante en el proceso del metabolismo de ácidos nucleicos y proteínas .para de 100 enzimas que require el zinc para su funcionamiento normal y adecuado. Su deficiencia asocia con unos del parto prolongado a la restricción del crecimiento intrauterino teratogenesis y muerte fetal. Es de 11 a15 mg y puede ser mayor en los vegetales foliares que el zinc escultas su absorción. La dosis máxima tolerable es de 40mg/día. Las mujeres embarazadas que se suplementa con hierro se les debe aumentar la ingesta de zinc ya que el zinc y el cobre compiten por la absorción (Orane Hutchinson, Alman Louis, 2016, págs. 15, 16)

1.1 JUSTIFICACIÓN

La anemia afecta a casi la mitad de todas las mujeres embarazadas en el mundo un 52% de las embarazadas de los países con desarrollo 23% de las embarazadas de los países de desarrollados. Uno de los principales factores de riesgo para desarrollar la anemia por una deficiencia de hierro son muy bajos los aportes de hierro, las pérdidas sanguíneas con algunos síndromes de mala absorción y periodos de vidas en las necesidades de hierro son especialmente altas. Una de las principales es la anemia ferropénica es una de las primeras causas de la deficiencia nutricional que afectan en las mujeres embarazadas. Es un hecho que las mujeres embarazadas con anemia por la deficiencia de Fe tienen niños prematuros o con bajo peso al nacer con elevación frecuencial (Mafla, 2014, págs. 12, 13)

La Diabetes gestacional presenta con una elevación riesgo de resultados maternos, fetales y perinatales adversos. Aunque se resuelvan con el nacimiento en la mayoría de los casos un 35% de las mujeres con Diabetes gestacional realmente tienen DT preexistente, y también presenta un riesgo mayor al 50% de desarrollar una diabetes gestacional con desarrollo posterior de la diabetes mellitus tipo 1 y 2. Con una glucosa transportada libremente a través de la placenta por una difusión facilitada. Presentando un desarrollo de una hiperglicemia materna con exceso de cantidades de glucosa.

La **vulnerabilidad** de acuerdo a los valores estadísticos oficiales de la Diabetes gestacional y anemia: reciente prevalencia de diabetes que se les diagnostica en mujeres de edades tempranas y los cambios fisiológicos que imponen en el embarazo dificultan el control de la misma y se asocian con morbilidad y mortalidad perinatal. Según la OMS después del embarazo entre 5 y 10% de las mujeres que tuvieron DG tienen hasta un 50% más posibilidades de presentar DTN tipo 2 se aproxima 5 a 10 años. (Sánchez, Dr. Carlos Solís Sánchez Solís; González, Dr. Fabricio, 2014, pág. 11) La anemia en el embarazo que la tasa sería similar a la prevalencia con un 4.6.9 con anemia y anemia ferropénica (León, Dr. Wilfrido; González, Dr. Fabricio Andrade, 2014, págs. 11,12). Controlar las patologías anemia y diabetes gestacional y reducir los números de casos con complicaciones de la misma con un buen tratamiento nutricional para poder mejorar el estilo de vida.

1.2 Objetivos

1.2.1. OBJETIVOS GENERAL.

Mantener el control de la diabetes gestacional y anemia en el embarazo a través del proceso de atención **Nutricional** y tratamiento medico.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Determinar la evaluación del **estado nutricional** a través de los metodos antropométrico, dietético y clínico.

Aplicar el tratamiento nutricional de acuerdo a los requerimientos de la embarazada.

Comprobar el cumplimiento del tratamiento nutricional a través del seguimiento y monitoreo.

1.3. DATOS GENERALES

Sexo femenino, edad: 26 años estado civil: casada hijos: 1 hijos nacionalidad: ecuatoriana ocupación: ama de casa residencia: Guayaquil nivel socio económico: medio.

I. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.

2.1. ANALISIS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA Y ANTECEDENTES, HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.

Paciente de 26 años de Edad embarazada 24 semanas de gestación con antecedentes patológicos personales mareos, cansancio, manifiesta que presente hinchazon y atrofia en lo musculos de las piernas y las manos y sudoración y palidas y no puede ver normalmente y por eso no sale de casa, no realiza actividad física. Por lo que ha consumido por varias semanas Paracetamol, ferrum ampollas bebibles 10 capsula, calcivit 500mg 60 capsulas en el almuerzo y merienda, metformina de 50 mg/DI en ayunas. Se alimenta 4 tiempo de comidas al dia, alimentos como lacteos, jugos citricos y café con una deficiencia de hierro no consume la cantidad adecuada de hierro no conoce cuales son los aliemntos que contiene hierro.

Refiere antecedentes patológicos familiares abuelos con **diabetes y hipertensión**.

2.2. PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)

Paciente de 26 años de edad que refiere que le da mucha sed y orina mucha frecuencia durante el dia y esta perdiendo mucho peso, se encuentra semi palidad, no **EVA**(Escala visual analógica) 70/10, que se intensifica más que no quiere salir de su casa, se le dificultad levantarse despues de estar **sentada** por eso no quiere ir a trabajar por el cansancio y siente que y se le hichan las manos y los pies y refiere que los últimos días de no puede ver muy bien y con unos mareos recurrentes y por eso no **realiza actividad fisica** por el miedo en caerse. Le gusta comer lacteos, jugos citricos y café y no sabe cuales son los alimentos que contiene hierro.

2.3. EXAMENES FISICO (EXPLORACIÓN CLINICA)

Paciente de 24 semana de gestación orientada, no déficit neurológicos, en cabeza, conjuntivas semipalidas y cegeeras, cuello móvil no adenopatías, tórax simétricos, expansibilidad conservada, y a la auscultación campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, piel blando depresible , dolor durante en la palpación en los

musculos de la piernas y la manos, una palides y sudorosa . Refiere sentir mareos en determinadas ocasiones muy seguido y cansancio por eso no realiza ningún ejercicio físico. También menciona que hace 6 meses pesaba 60kg y hasta la actualidad ha notado pérdida de peso, lo relaciona con que a veces no consume todas sus comidas por evitar molestias estomacales y problemas al puerperio. Se alimenta 4 porciones de comida y alimentos perjudiciales para su condición de la patologia Como lacteos, citricos y café con una deficiencia de hierro no consume la cantidad adecuada de hierro.

Medidas antropométrica peso actual 54 kg, talla: 1.54 cm Perímetro braquial: 26 cm, pliegue tricripital: 17mm, pantorrilla: 27cm

EXAMEN	RESULTADOS	VALORES DE REFERENCIAS	INTERPRETACIÓN REGISTRE LA INTERPRETACION
BIOMETRIA HEMÁTICA			
LEUCOCITOS	10.47 ³ /μl	5.00 -10.00 /μl	ALTO
NEUTROFILOS	8.22 ³ /μl	2.00-7.50 /μl	ALTO
HEMOGLOBINA	10.4g/Dl	12.00-17.40 g/Dl	BAJO
HEMATOCRICO	30.60 %	36 -52 %	BAJO
LEUCOCITOS	11	5-10	ELEVADO
NEUTROFILOS	72%	50-70%	NORMAL
PLAQUETAS	125.00 10 ³ /μl	150.00 - 400.00	TROMBOCITOPENIA
GLUCOSA	120.94 mg/dl	60 -110	HIPERGLUCEMIA
COLESTEROL	180 mg	0,00 – 200	NORMAL
TRIGLICERIDO	140 mg	0.00 – 150	NORMAL

(Cancado & Chiattonne, 2010)

RESULTADOS DE LOS EXAMENES BIOQUIMICOS:

Presencia de una Glucosa en 120.94 mg/dl, hemoglobina 11mg y hematocrito 33%

Estos normalmente son señales de las patologias: anemia y diabetes

2.5 FORMULACIÓN DIAGNOSTICOS MEDICOS CON EL (CIE 10) PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

➤ **Diagnostico presuntivo:**

1. Diabetes Gestacional con C.I.E. O24.4
2. Anemia con C.I.E 990.

➤ **Diagnóstico diferencial:**

La paciente presenta:

1. **Hiperglucemia: no especificada con el C.I.E R73.9.**
2. **ferropénica: no especificada con el CIE D50.9**

➤ **Diagnóstico definitivo: posterior a valorar estudios de exámenes de laboratorio se determinará los siguientes diagnostico definitivos:**

1. **Diabetes gestacional C.I.E. 024.4**
2. **Anemia leve C.I.E 990**

2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

La pacientes pesa 52.8kg y estatura 1.54 con 24 SG se estado alimentado 4 comidas al día, selecciona almientos perjudiciales para su condición de la patologia como lacteos, jugos citricos y café no conoce cuales son los alimentos que contenga hierro. Con una deficiencia de hierro no consume la cantidad adecuada de hierro y ocurre un desbalance entre la ingesta de hierro por parte de los alimentos y su utilización en el organismo para el puerperio. Los síntomas de mucha sed, cegeras y pérdida de peso relacionados y una neuropatias diabetica por lo que presiente hinchazon atrofia en lo musculos de las piernas y las manos y no puede ver normalmente y por eso no sale de casa, no realiza actividad física sedentario. Al

padecimiento de diabetes gestacional, provocado por la selección e ingestión de alimentos, pueden llevar al paciente a tener un menor consumo de alimentos ocasionando o agravando una anemia y la diabetes no presenta una buena conducta alimentaria puede **determinar a una complicación en la anemia y en la diabetes.**

VALORACIÓN NUTRICIONAL

A= ANTROPOMETRIA

VALORACIÓN ANTROPOMETRICA:

Datos antropométricos

- **Peso actual (PA): 52.8 Kg**
- **Talla:1.54cm**
- **Perímetro braquial: 26cm**
- **Perímetro pantorrilla: 27 cm**
- **Pliegue tricipital: 17mm**
- **Semana de gestación: 24**

1) Se trabaja con las tablas clap con la paciente se encuentra mayor a 13 semanas de gestación:

1.1) Peso y talla para según la edad gestación:

La paciente debe pesar para la edad gestacional en los percentiles

10:53.6 - 90:63.4 kg

Interpretacion: la paciente pesa 52.8kg Se encuentran **bajo peso**
(revisar en el anexo tab.1)

1.2) ver la determinación de peso preconcepcional Estimado en la mujer gestante:

Nos dirigimos a la tabla de bajo peso

Interpretación: según la tabla determinación de peso preconcepcional estimado en la mujer gestante es 7.6kg (revisar en el anexo tab.2)

1.3) **Realizamos la siguiente fórmula para obtener la ganancia de peso estimado en la mujer gestante.**

GP= PESO ACTUAL – PESO PRECONCEPCIONAL ESTIMADO

GP= 52.8KG -7.6

GP=45.2KG.

2. Mediante el peso en la embarazada IMC Preconcepcional para determinar la ganancia de peso

GP=45.2KG

Interpretación: La paciente presenta una ganancia de peso INADECUADO (revisar en el anexo tab.3)

B= Bioquímico

Valoración Bioquímica

EXAMEN	RESULTADOS	VALORES DE REFERENCIAS	INTERPRETACIÓN
BIOMETRIA HEMÁTICA			
HEMOGLOBINA	10. 4g/Dl	12.00-17.40	BAJO
HEMATOCRICO	30.60 %	36 -52 %	BAJO
MCV	84.50 fl	76 -96 fl	NORMAL
MCH	28.80 pg	27 -32 pg	NORMAL
LEUCOCITOS	11	5-10	ELEVADO
NEUTROFILOS	72%	50-70%	NORMAL
PLAQUETAS	125.00 10 ³ /µl	150.00 - 400.00	TROMBOCITOPENIA

GLUCOSA	120.94 mg/dl	60 -110	HIPERGLUCEMIA
COLESTEROL	180 mg	0,00 – 200	NORMAL
TRIGLICERIDO	140 mg	0.00 – 150	NORMAL

Interpretación: revisar los valores bioquímicos, anemia (Organización Mundial de la Salud, 2011) **(revisar en el anexo tab.5)**

C= CLÍNICO

EVALUCIÓN CLÍNICA

Segmentos	Signos /Aspecto	Interpretación
Ojos	Conjuntivas palidas	Dediciencia de Fe
	Cegera	hiperglucemia
Boca	Labios sin lesiones para alimentarse.	Normal
Uñas	Lisas y planas, sin anomalías	Normal
Piel	Aparentemente palida	Dediciencia de Fe
Brazos	edema en los brazos	hiperglucemia
Piernas	edema en las piernas	hiperglucemia

Diagnostico clinical: La paciente presenta Diabetes y anemia por los signos clínicos de carencia de hierro, exceso de glucosa por los y pobre ingesta alimentaria de hierro y una mala education aliemtaria de un exceso de glucosa.

D= Dietético

Seguimientos dietetico:

Aspecto a analizar	
Tiempos de comidas	Consume 4 comidas al dia
Selección de alimentos	Consume alimentos perjudiciable para su condición de la patologia (lacteos, citricos, cafe)

Evaluación Dietética

Consumo de alimentos de la placenta recordatorio de de 24 h (R24H)

Tiempo de comida	Preparación	Alimentos	Cantidad
Desayuno	Sandwich de queso con café endulzado.	Pan blanco de molde	6 benadas
		Queso	3 rebanadas
		Azucar	2cdts
		Café	2cds
Refrigerio	Fruta	Mandarina	1 Unidad
Alumuerzo	Arroz con pollo al curry	Arroz	1 ½ taza
		Acite	6 cdtas
		Pierna de pollo con piel	1 unidad
		Curry	1cdta
		Achiote	1cdta
Refrigerio	Fruta	Manzana	1 unidad
Merienda	Batido de frutilla con leche	Leche entera	1 taza
		Frutilla	1taza
		Azúcar	3cdtas

Cdta= cucharadas. (Revisar en el anexo tab.6)

Diagnóstico dietético: ingesta insuficiente de hierro con selección inadecuada de alimentos en relación a su patologías.

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRAL

P Paciente sexo femenino de 26 años de edad, actualmente con Diabetes

gestacional, con bajo peso gestacional pero con pérdida significativa de peso de meses y anemia, con masa muscular promedio

E **Anemia** por la ingesta de alimentos con insuficiente de hierro.

Una selección inadecuada de alimentos

Diabetes gestacional por el exceso consumo de glucosa y carbohidratos.

S con signos y síntomas como: con ojos conjuntiva pálidas no puede ver muy

bien, la piel palidad y una neuropatías diabética por lo que presente hinchazón
atrofia en lo músculos de las piernas y las manos

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL.

Calculo del requerimiento de energia estimado

Mujeres de 18 a 30 años, (formula FAO/WHO/ONU, 2004)

$$\text{GER} = (14.818 \times \text{peso (KG)}) + 486.6$$

$$\text{GER} = (14.818 \times 52.8 \text{ Kg}) + 486.6$$

$$\text{GER} = 782.39 + 486.6$$

$$\text{GER} = 1.268 \text{ kcal/Dia}$$

$$\text{GET} = \text{GER} \times \text{NAF}$$

$$\text{GET} = 1.268 \text{ Kcal} \times 1.4 \text{ (nivel de AF (sedentarios) (BLASO REDONDO, 2015))}$$

$$\text{GET} = 1775 \text{ kcal/Dia}$$

PRESCRIPCIÓN DIETÉTICA:

Dieta normocalorica de **1775 kcal/Dia**, normoglucidica, normograsa ácidos grasos Omega 3 y 6, con una, bebidas procesadas con alto contenido de glucosa, Hiperferrosa 45 mg diarios, aporte normal de fibra 25 gramos diarios, fracionada en 6 comidas al dia, volumen temperatura normal, fomentando asi un patron a seguir para mejorar sus hábitos alimentarios y optar unos alimentos de mejor calidad. .

Distribución calóricas y porcentual de macronutrientes			
MACRONUTRIENTES	PORCENTAJE	CALORIAS	GRAMOS
	%		

CARBOHIDRATOS	60%	1065	266.2
FIBRA			25g
PROTEINAS	15%	266	66.5
GRASA	25%	444	49.3
TOTAL	100%	1775kcal/Dia	

Distribución de energía y macronutrientes segun el fraccionamiento de la dieta					
Tiempo de comida	Porcentaje %	Calorías	Proteinas	Grasas	Carbohidratos
Desayuno	20%	355	13.4 g	9.9 g	53.3 g
Refrigerio	10%	177.5	6.6 g	4.9 g	26.6 g
Almuerzos	30%	532.5	19.9 g	14.8 g	79.8 g
Refrigerios	10 %	177.5	6.6 g	4.9 g	26.6 g
Merienda	20 %	355	13.4 g	49.9 g	53.3 g
Refrigerios	10 %	177.5	6.6 g	4.9 g	26.6 g
Total	100%	1775kcal /Dia	66.5g	49.3g	262.2 g

REVISAR EN EL ANEXOS LOS CALCULOS DE LA DIETA EN ANEXOS (TABLA7

MENÚ DEL PLAN DE ALIMENTACIÓN

Desayuno: 8:00 Am Horas

- 1/3 tz de avena cocinada, guineo
- Tortilla de huevo con vegetales (pimiento y espinaca)
- Agua

1 Refrigerio: 10:30 Am horas

- Taza de colada quinoa con bebida vegetal de soya.

Almuerzo: 13:00 PM horas

- 4 mollejas de pollos salteadas con aceite de olive y vegetales (pimiento rojo, nabo, cebolla blanca)
- 3 papas al horno

- 1 ½ taza de papaya picada
- Agua

2 Refrigerio: 15:30 PM horas

- ½ taza de choclos
- 8 uvas rojas

MERIENDA: 18:00 horas

- Pescado (toyo) a la plancha
- 1/3 taza de lentejas cocidas
- 1 taza de arroz blanco
- 1 taza de vegetales salteados con 1 cucharadita de aceite de oliva.
- Agua

3 Refrigerio: 19:00 PM horas

- 1 rebanada y media de pan blanco tostado
- 1/4 de aguacate (para guntar con el pan)

VER CÁLCULO DE LA DIETA EN ANEXOS (REVISAR TABLA 7)

La dieta presenta mejorar los síntomas de la anemia y de la diabetes que refiere la paciente, se han seleccionado los alimentos adecuados a sus 2 patologías, por una parte, se ha suspendido el consumo de lácteos, cítricos, café, té, alimentos procesados con glucosa y comidas abundantes, esto como terapia nutricional de la diabetes gestacional. Por otra parte se ofrecen alimentos ricos en **hierro hemo y no hemo**, combinándose con otra fuentes de vitamina C que no provengan de cítricos para potenciar la absorción del hierro no hemo, los alimentos fuente de hierro hemo, un fraccionamiento de 6 comidas diarias cada 2 horas y media está encaminado a evitar.

Que el estomago pase vacio por largos periodos para no causar ácidos y dolor estomocal y no afecta en el embarazo a la paciente.

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

- Para eliminar los fiatos presents legumbres, se debe aplicar **técnicas de remojo** por un minimo 12 horas cambiando el agua de remojo minimo 2 veces y antes de preparar el alimento agregar agua hirviendo y desechar el agua. **Posterior a esto el alimento puede consumirse.**
- Para eliminar los **oxlatos** presente en las acelgas y espinacas, se debe pasar estos vegetales por una agua hirviendo por alrededor de 1 a 2 minutos.
- Comer despacio
- Respetar los fracionamiento de comidas.
- No consumir bebidas procesadas y con alto valor de glucosa, ni frutas citricas para obtener el consumo del hierro
- Realizer actividad fisica caminar 30 a 60 minutos por 3 dias a la semana

2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORAES NORMALES.

Una principales razones por la cual una diabetes gestacional no tiene mejoras clinicas, es porque su causantes sigen sin tratarse o erradicarse, en este caso la DT gestacional acompañando del consumo de **AINES**, pero tambien comparte un grado responsabilidad e importancia las conductas alimentarias como el tipo de dieta, alimentos inapropiados, un fracionamiento inadecuado, acompañado de ciertos casos consumo de alcohol, Tabaco, bebidas procesadas y alto contenido de azucar y grasas. Esto se debe manejar con mucha responsabilidad para que no se presente complicaciones. (Borque Almajando 2020)

En el caso de las pacientes con anemias nutricionales afecta casi a la mitad de todas las mujeres embarazadas en todo el mundo, un promedio del 52% de las embarazadas hasta en los países desarrollados presenta ese problema por una mala educación alimentaria. Los problemas de salud pública del Ecuador se presentan mucho más graves en escala mundial. Una de las principales prevalencias de anemia en el embarazo por varias condiciones, considerablemente debido a diferencias en las condiciones socioeconómicas de las personas, los estilos de vida y las conductas alimentarias y de búsqueda de la salud entre las diferentes culturas. (Guía del Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo 2014) Por ello, el papel de la intervención nutricional resulta muy importante. La anemia puede ser tratada adecuadamente desde la dieta (Blease Baviera, 2016)

La diabetes gestacional acompañada con la anemia puede ser tratada satisfactoriamente desde el punto de vista nutricional, el hacer cambios en el estilo de vida durante la alimentación y saber elegir adecuadamente los alimentos que debe incorporar en el plan de alimentación será de gran importancia para obtener los objetivos favorables para las pacientes. (Salazar, Jorge Luis, 2014, pág. 11)

2.8. Seguimiento.

El seguimiento aplicado a la paciente fue durante 1 mes, dentro del cual se realizaron 2 controles nutricionales, con el fin de conocer el apego a la dieta y sus posibles resultados favorables para obtener un embarazo con normalidad para no afectar al puerperio.

Indicadores Antropométricos	PESO	peso según la edad gestacional	valores ganancia de peso	SG
CONSULTA INICIAL	52.8kg	bajo peso para la edad gestacional	GP=52.8kg-7.6=45.2 Ganancia de peso inadecuado	24 SG
CONSULTA EN 2 SEMANA	54 kg	Normal peso para la edad gestacional	GP=54kg-7.5.=45.5 Ganancia de peso adecuado	26 SG
CONSULTA AL MES	56 kg	Normal peso para la edad gestacional	GP=56kg-8.4.=47.6 Ganancia de peso adecuado	28 SGg

Interpretación: hay mucho cambio para que obtenga valores de ganancia de peso adecuado en cambio de relación antropométrico revisar **en anexos tab 2 y 3**

Seguimientos bioquímicos

EXAMEN	RESULTADOS	RESULTADOS
BIOMETRIA HEMÁTICA	Biometria hemática inicial	Biometria hemática al mes
WBC	10.47 ³ /μl	10 ³ /μl
NEU	8.22 ³ /μl	7.8 ³ /μl
HEMOGLOBINA	10.4g/Dl	10.4g/Dl
HEMATOCRICO	30.60 %	36.1 %
MCV	84.50 fl	84.50 fl
MCH	28.80 pg	28.80 pg
LEUCOCITOS	11	9%
NEUTROFILOS	72%	68%
PLAQUETAS	125.00 10 ³ /μl	150.00 10 ³ /μl
GLUCOSA	120.94 mg/dl	110 mg/dl
COLESTEROL	180 mg	160 mg
TRIGLICERIDO	140 mg	160 mg

Interpretación: mejoraría sus valores bioquímicos, anemia persiste, pero esta desapareciendo ya no tiene infecciones y los niveles de glucosa están mejorando. Revisar los valores de la hemoglobina en la tabla 5 (Organización Mundial de la Salud, 2011)

Seguimiento Clínico

Segmentos	Signos /Aspecto inicial	Signos /Aspecto 2 semana	Signos /Aspecto al mes
Ojos	Conjuntivas palidas	Conjuntivas semi palidas	Conjuntivas semi palidas
Boca	Labios sin lesiones para alimentarse.	Labios sin lesiones para alimentarse.	Labios sin lesiones para alimentarse.
Uñas	Lisas y planas, sin anomalias	Lisas y planas, sin anomalias	Lisas y planas, sin anomalias
Piel	Aparentemente palida	Aparentemente semi palida	Aparentemente semi palida
Brazos	edema en los brazos	Poca edema los brazos	Poca edema en los brazos
Piernas	edema en las piernas	Poca edema en las piernas	Poca edema en las piernas

Interpretación: el aspecto palido de la piel y ha reducido las edemas de la piernas y los brazos, mejoro considerablemente, relacionado con el óptimo funcionamiento del plan de alimentación que puede reflejarse en los valores bioquimicos.

Seguimientos dietetico:

Aspecto a analizar	Inicial	2 semana	1 mes
Tiempos de comidas	Consumia 4 comidas al dia	Su fraccionamiento es de 6 comidas	Su fraccionamiento es de 6 comidas
Selección de alimentos	Consumia alimentos per judiciable para su condición de la patologia (lacteos, citricos, cafe)	Elige los aliemntos beneficios para ella	Elige los aliemntos beneficios para ella

Interpretación: la paciente ya consume alimentos adecuados a sus patologias en el fraccionamiento adecuado, lo mismo que provoco mejororia en sus signos y sintomas.

2.9. OBSERVACIONES.

Mediante el tratamiento dietético planteado para la paciente pudo lograrse mejorar todos los aspectos que pueden verse reflejado en los seguimientos. Mediante su evolución se han recuperado poco a poco los valores normales de hemoglobina y hematocrito, glucosa, así mismo los síntomas que presentaba la paciente al momento de la consulta inicial.

El tratamiento nutricional con el plan de alimentación personalizado fue muy necesario para ayudar en estos aspectos en específico. Sin educación nutricional brindada a la paciente acerca de los alimentos beneficiosos y no beneficiosos para ella, no podría haberse logrado mucho. Es muy importante aclarar la importancia de un tratamiento nutricional óptimo para conseguir la mejoría de un paciente y prevenir que la madre y el niño después del parto sean diabéticos y también se puede lograr disminuir la morbilidad y mortalidad durante en el proceso de embarazo.

Conclusiones.

- Se valoro a la paciente antropométricamente y se identifico el estado nutricional bajo peso y se realizo para la ganancia de peso y se pudo obtener una ganancia de peso adecuado durante en los proceso de seguimiento durante la 2 semana y al mes elige los alimentos beneficios.
- Aplique el tratamiento nutricional de acuerdo al requerimientos energéticos de la embarazada con una Dieta normocalorica de **1775 kcal/Dia**, hiperprotica, normoglucidica, normograsa solucionado ácidos grasos Omega 3 y 6, con una reducción de grasa saturada, bebidas procesadas con alto contenido de glucosa, Hiperferrosa 45 mg diarios, aporte normal de fibra 25 gramos diarios y 324 de vitamina C, fracionada en 6 comidas al dia, volumen temperatura normal, fomentando asi un patron a seguir para mejorar sus hábitos alimentarios y optar unos alimentos de mejor calidad.
- Logre Ayudar a la paciente a mejorar su estado carencial de hierro y las molestias ocasionadas por la diabetes gestacional y la anemia. Claro esta que esta Como molestias que sentia la paciente eran en su gran mayoria por la elección de ingestión inapropiada y no favorable de sus alimentos para su condición del embarazo y de la diabetes gestacional.
- Puede ayudar a mejorar todos los signos y sintomas clínicos relacionados a determinadas patologías después de 02 semanas a pesar de las discusiones que puede haber sobre el caso planteado.
- Comprobé el cumplimiento del tratamiento nutricional que se pudo lograr una parte del **objetivo general** es Mantener el control de la diabetes

gestacional y anemia en el embarazo a través del proceso de atención **Nutricional** y tratamiento médico.

- Con seleccionar alimentos adecuados y quitar aquellos perjudiciales para la diabetes gestacional y anemia, es el **tratamiento nutricional adecuado**.

Bibliografias:

1. (MSC.Carina Vance Mafla Ministra de Salud Publica, DR. Miguel Malo Viceministro de Gobernanza. Guia practica clinica diagnostico y tratamiento de la anemia en el embarazo).
2. (ART. MED INT MEX. Dra. Marisol Cruz González)
3. (MSC.Carina Vance Mafla Ministra de Salud Publica, DR. Miguel Malo Viceministro de Gobernanza. Guia practica clinica diagnostico y tratamiento de la anemia en el embarazo).
4. (guia practica clinica del MSP del 2014 diagnostico y tratamiento del enbarazo de la diabetes gestacional)
5. (ART. MED INT MEX. Dra. Marisol Cruz González)
6. (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013)
7. (definición de la OMS de la DG)
8. (Aguila Gómez & Nava Cordero, 2015)
9. (MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Direccion Nacional de Normatización DR. Jorge Luis Salazar)
10. (Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo (pregestacional y gestacional))
11. (Aguilera Castro, De Argila, & Albillos, 2016)
12. (Dr. Arturo Esquive! Grillo DIABETES YEMBARAZO: FISIOPATOLOGIA)
13. (Ancajima & Manuel, 2020)
14. (Articulo Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención)

15. (Atalah E. Castillo C. Castro R. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. Rev. Med.)
16. (Avalos, Vanterpool, Morales, Lamoth, & Prendes, 2019)
17. (BLASO REDONDO, 2015))
18. (Blasco Redondo, 2015)
19. (Blease Baviera, 2016)
20. (Raimondi D, Rey C, Testa MV, Camoia ED, Torreguitar A. Salud perinatal de la población migrante. Rev Soc Bol Ped [Internet]. 2015 [citado 27/11/2019];54(2):89–94. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S102406752015000200007&script=sci_ar)
21. (Ingar Armijo W. Peso muy bajo al nacer. Incidencia, factores de riesgo y morbimortalidad. In: Ticona M, Huanco D, editors. Características del Peso al Nacer en el Perú. Incidencia, factores de riesgo y morbimortalidad [Internet]. CONCYTEC; 2012 [citado)
22. (. Retureta Milán S, Hernández Cervantes L, González González G, Hernández Campos L, Hernández Fabelo M, Llanes Gómez D. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. Municipio de Ciego de Ávila, 2012-2013. MediCiego [Internet]. 2015 Sep 1 [citado 2)
23. Vutyavanich T., T. Kraissarin, and R. Ruangsri. Ginger for nausea and vomiting in pregnancy: randomized, double-masked, placebo-controlled trial. *Obstet Gynecol* 97 (4):577-582, 2001.

24. (Waldenstrom U., S. Brown, H. McLachlan, D. Forster, and S. Brennecke. Does team midwife care increase satisfaction with antenatal, intrapartum, and postpartum care? A randomized controlled trial. *Birth* 27 (3):156-167, 2000.)
25. (Waldenstrom U. and G. Lindmark. Early and late discharge after hospital birth. A comparative study of parental background characteristics. *Scand J Soc Med* 15 (3):159-167, 1987.)
26. (Walker D. S. and D. Koniak-Griffin. Evaluation of a reduced-frequency prenatal visit schedule for low-risk women at a free-standing birthing center. *J Nurse Midwifery* 42 (4):295-303, 1997.)
27. (The AGREE Collaboration. Evaluación de guías de práctica clínica. Instrumento AGREE. s/c: The AGREE Collaboration; 2001 Sep. Disponible en línea en http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-osteba/es/contenidos/informacion/osteba_formacion/es_osteba/ adjunto)
28. (Peña-Rosas JP, Viteri FE. Effects and safety of preventive oral iron or iron+folic acid supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Oct 7; (4): CD004736.)
29. (Solange Augusta de Sá, Erica Willner, Anemia in pregnancy: impact on weight and in the development of anemia in newborn, *Nutr Hosp*. 2015;32(5):2071-2079 ISSN 0212-1611)
30. (Imdad A, Bhutta ZA. Routine iron/folate supplementation during pregnancy: effect on maternal anaemia and birth outcomes. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2012;26(suppl 1):168-77)
31. ((Suverza & Haua, 2010))

Tabla 1. tablas Clap segun su peso Edad gestacional

NUTRICIÓN
Tablas CLAP
Peso para la talla según Edad Gestacional
Talla en cm

Sem.	Perc.	140	143	146	149	152	155	158	161	164	167
		142	145	148	151	154	157	160	163	166	169
13	10	38,6	40	41,3	42,8	42,8	42,2	45,6	47,2	49	52,2
	90	51,3	53,1	54,9	57	58,8	60,7	62,7	65,1	67,2	69,4
14	10	39,5	40,9	42,3	43,8	45,2	46,7	48,3	50,1	51,8	53,4
	90	52,7	54,5	56,9	58,5	60,3	62,3	64,4	66,8	69	71,2
15	10	40,4	41,8	43,3	44,9	46,3	47,8	49,4	51,3	53	54,6
	90	53,1	55	56,9	59	60,8	62,8	64,9	67,4	69,6	71,8
16	10	41,3	42,8	44,2	45,9	47,3	48,9	50,5	52,4	54,1	55,9
	90	53,6	55,5	57,3	59,5	61,4	63,4	65,5	68	70,2	72,5
17	10	42,4	43,7	45,2	46,9	48,4	49,9	51,6	53,6	55,3	57,1
	90	54	55,9	57,8	60	61,9	63,9	66	68,5	70,8	73,1
18	10	42,7	44,2	45,7	47,4	48,9	50,5	52,2	54,1	55,9	57,7
	90	54	55,9	57,8	60	61,9	63,9	66	68,5	70,8	73,1
19	10	43,6	45,1	46,1	48,4	49,9	51,6	53,3	55,3	57,1	58,9
	90	54	55,9	57,8	60	61,6	63,9	66	68,5	70,8	73,1
20	10	44,5	46,1	47,6	49,4	51	52,6	54,4	56,4	58,3	60,2
	90	54,5	56,4	58,3	60,5	62,4	64,4	66,6	69,1	71,4	73,7
21	10	45,4	47	48,6	50,4	52	53,7	55,5	57,6	59,5	61,4
	90	54,5	56,4	58,3	60,5	62,4	64,4	66,6	69,1	71,4	73,7
22	10	45,9	47,5	49,1	50,9	52,5	54,2	56,1	58,2	60,1	62
	90	54,9	56,9	58,8	61	62,9	65	67,2	69,2	72	74,3
23	10	46,3	47,9	49,6	51,4	53	54,8	56,6	58,8	60,7	62,6
	90	54,9	56,9	58,8	61	62,9	65	67,2	69,2	72	74,3
24	10	46,9	48,4	50,1	51,8	53,6	55,3	57,2	59,3	61,3	63,2
	90	55,4	57,3	59,3	61,5	63,4	65,5	67,7	70,3	72,6	74,9
25	10	47,2	48,9	50,5	52,4	54,1	55,8	57,7	59,9	61,9	63,9
	90	55,8	57,8	59,8	62	64	66,1	68,5	70,8	73,2	75,5

LA REVOLUCIÓN CIUDADANA Avanza
REPRODUCCIÓN: Fondos SIAN 2012
MSP
Ministerio de Salud Pública

Tabla 2. Tabla para la determinación de peso preconcepcional estimado seguimiento

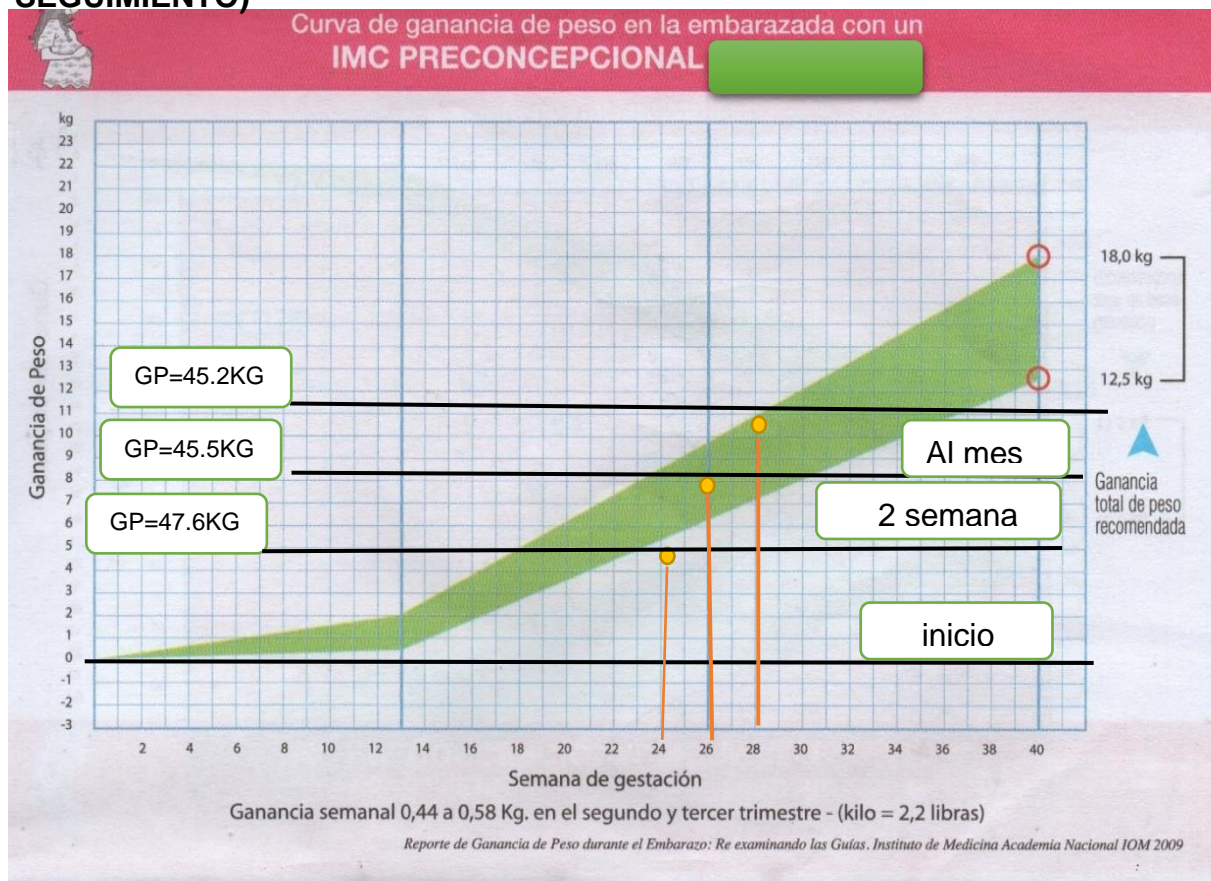
NUTRICIÓN
DETERMINACIÓN DE PESO PRECONCEPCIONAL ESTIMADO EN LA MUJER GESTANTE

SEMANAS DE GESTACIÓN	BAJO PESO IMC PG <18,5			NORMAL IMC PG 18,5 a <25			SOBREPESO IMC PG 25 A <30			EMBARAZO MULTIPLE		
	Ganancia de Peso (Kg.)			Ganancia de Peso (Kg.)			Ganancia de Peso (Kg.)			Ganancia de Peso (Kg.)		
	Adecuada			Adecuada			Adecuada			Mellizos y Trillizos		
	Mínimo	Medio	Máximo	Mínimo	Medio	Máximo	Mínimo	Medio	Máximo	Mínimo	Medio	Máximo
21	5,3	6,2	7	4,5	5,2	5,9	2,7	3,4	4	5,9	7,2	7,9
22	5,7	6,6	7,5	4,9	5,7	6,4	2,9	3,7	4,4	6,4	7,9	8,6
23	6,1	7,1	8,1	5,3	6,1	6,9	3,2	4	4,8	6,9	8,6	9,4
24	6,5	7,6	8,7	5,6	6,6	7,5	3,4	4,3	5,2	7,5	9,3	10,2
25	6,8	8,1	9,3	6	7	8	3,6	4,6	5,6	8	10	11
26	7,2	8,5	9,9	6,4	7,5	8,5	3,8	4,9	6	8,5	10,7	11,8
27	7,6	9	10,4	6,7	7,9	9,1	4,1	5,2	6,4	9,1	11,4	12,5
28	8	9,5	11	7,1	8,4	9,6	4,3	5,5	6,8	9,6	12,1	13,3
29	8,3	10	11,6	7,5	8,8	10,1	4,5	5,9	7,2	10,1	12,8	14,1
30	8,7	10,5	12,2	7,8	9,3	10,7	4,7	6,2	7,6	10,7	13,5	14,9
31	9,1	10,9	12,8	8,2	9,7	11,2	5	6,5	8	11,2	14,2	15,7
32	9,5	11,4	13,3	8,6	10,2	11,7	5,2	6,8	8,4	11,7	14,9	16,4
33	9,9	11,9	13,9	8,9	10,6	12,3	5,4	7,1	8,8	12,3	15,6	17,2
34	10,2	12,4	14,5	9,3	11,1	12,8	5,6	7,4	9,1	12,8	16,3	18
35	10,6	12,9	15,1	9,7	11,5	13,3	5,9	7,7	9,5	13,3	17	18,8
36	11	13,3	15,7	10	12	13,9	6,1	8	9,9	13,9	17,7	19,6
37	11,4	13,8	16,3	10,4	12,4	14,4	6,3	8,3	10,3	14,4	18,4	20,4
38	11,7	14,3	16,8	10,8	12,9	14,9	6,5	8,6	10,7	14,9	19,1	21,1
39	12,1	14,8	17,3	11,1	13,3	15,5	6,8	8,9	11,1	15,5	19,8	21,9
40	12,5	15,3	18	11,5	13,7		7	9,3	11,5	16	20,5	22,7

inici
2 semana
Al mes

Fuente: Tabla adaptada del Instituto Nacional de Medicina
LA REVOLUCIÓN CIUDADANA Avanza
REPRODUCCIÓN: Fondos SIAN 2012
MSP
Ministerio de Salud Pública

TAB3.MARCACIONES DE LA CURVAS DE GANANCIAS DE PESO (DE LOS SEGUIMIENTO)



Tab5. Valores de hemoglobina para diagnóstico de anemia en mujeres mayores de 18 años 28/01/2021

Diagnóstico	Valores hemoglobina (g/dl)
Sin anemia	≥12
ANEMIA	
LEVE	11.0-11.9
MODERA	8.0-10.9
GRAVE	<8

(organización mundial de la salud 2011)

Tab6. CALCULO DE RECORDATORIO DE 24 H

Tab6. CALCULO DE RECORDATORIO DE 24 H

ALIMENTO	GR-ML	CALORIAS	PROTEINAS	GRASAS	CARBOHIDRATOS	FIBRA	HIERRO	VIT. C
Pan blanco	628 g	628	22	8	118	6	8	0
Queso	90g	310	19	26	0	0	0	0
Café instantáneo	10g	0	0	0	0	0	0	0
Azúcar blanca	10g	39	0	0	10	0	0	0
Mandarina	100g	60	0	0	15	2	0	23
Arroz blanco cocido	300g	379	7	1	86	1	4	0
Aceite de soya	10ML	180	0	20	0	0	0	0
Pierna de pollo con piel	100g	221	26	13	0	0	1	0
Manteca achiote	5 ML	45	0	5	0	0	0	0
Manzana	100G	60	0	0	15	2	0	5
Leche de vaca entera	240 ML	149	7	8	11	0	1	2
Frutilla	214G	60	0	0	15	4	0	120
Azúcar blanca	15G	60	0	0	15	0	0	0
Total de ingesta		2191	81	81	285	15	14	150
Ingesta recomendada		1775	66.5	49.3	262.2	25	45	324
% de adecuación		0.81 %	82%	60%	92%	60%	31%	46%

Se calculo el porcentaje de adecuación del hierro con 18 mg, la cual es la ingesta recomendada en adultos

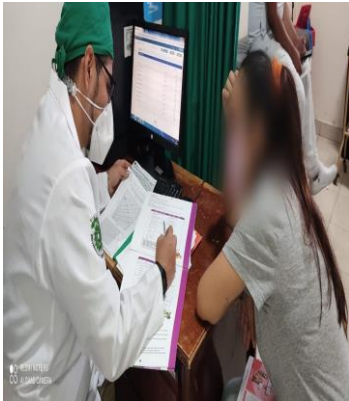
TAB 7. Calculo de ingesta RECOMENDADA

TAB 7. Calculo de ingesta RECOMENDADA

HORAS TIEMPOS	ALIMENTO	GR- ML	CALORIAS	PROTEINAS	GRASAS	CARBOHIDRATOS	FIBRA	HIERRO	VIT. C
	AVENA	40gr	160	6	3	27	3	2	0
DESYUNO	GUINEO	100g	96	0	0	22.5	2	1	13
	HUEVO	65g	85	7	6	0	0	2	0
	PIMIENTO ROJO	40g	9	0	0	2	1	0	32
	ESPINACA	30g	8	0.5	0	1	1	1	8
	QUINOA	20G	72	3	1	13	1	3	0
1 REFRIGERIO	BEBIDA DE SOYA	250ml	109	6	4	10	1	3	18
	MOLLEJA DE POLLO	100G	120	18	4	1	0	5	0
ALMUERZO	PIMIENTO	50G	12	0	0	3	1	0	40
	MABO	50G	11	0	0	3	0.5	1	13
	CEBOLLA BLANCA	139G	22	0.5	0	6	1	1	6
	PAPA	215G	168	3	0	42	1	6	32
	ACEITE DE OLIVA	10G	90	0	10	0	0	0	0
	PAPAYA	225G	96	0	0	23	3	0	139
	Chochos	50g	80	6	4	8	8	5	0
2 REFRIGERIO	Uvas Rojas	84g	60	0	0	15	0.5	0	10
	Pescado toyo	50g	70	10	3	0	0	5.2	0
MERIENDA	Lentejas cocidas	50g	80	3	0	15	3	2	1
	Arroz	160g	140	1	0.5	30	0	1	0
	Aciete de olive	5g	45	0	5	0	0	0	0
	Zanahoria cocida	50g	22	0	0	5	0.5	0	3
	Alcelga	30g	6	0	0	1.5	1	1	2
	Zucchini	50g	12	0.5	0	0	1	2	4
3 REFRIGERIO	Pan blanco tostado	45 g	117	3	1	22	1	2	0
	Aguacate	25 g	45	1	5	1	1	0	3
	TOTAL INGESTA		1735	69	46.5	250	25.5	43	324
	RECOMENDADO		1775	66.5	49.3	266.2	25	45	324
	PORCENTAJE DE ADECUACIÓN		97%	103.7	94.3%	93.9%	102	95.5	100 %

Anexos de Fotos

SEGUIMIENTOS DE LA PACT



INICIAL

2 SEMANAS

AI MES



FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE

1)EN= EVALUACION
NUTRICIONAL

2)IN=INTERVENCION
NUTRICIONAL

R = REVISION

V = VALORA

D = DIAGNOSTICA

M = MEDICA

PACIENTE



ENDOCRINOLOGO
R-V-D-M



NUTRICIONISTA
EN – IN



CONTROL

Jimsop Josue Ayala Mejía