



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

TEMA:

**Propuesta de abordaje nutricional y dietoterapéutico basado en
evidencia para el manejo integral de un paciente con diabetes mellitus
tipo 2 descompensada y artritis reumatoide: análisis retrospectivo de
un caso clínico**

AUTORA:

Villamagua Godoy, Luisa María

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

TUTORA:

Bajaña Guerra, Alexandra Josefina

**Guayaquil, Ecuador
2026**



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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Licenciada Luisa María Villamagua Godoy, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de Magíster en Nutrición y Dietética con mención en Nutrición Clínica.

DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



**Alexandra Josefina
Bajana Guerra**



Dra. Alexandra Bajaan Guerra

REVISOR



Validar Únicamente en FirmaBC.
Firmado electrónicamente por:
**CARLOS LUIS POVEDA
LOOR**

Ing. Carlos Poveda Lloor

DIRECTORA DEL PROGRAMA



**Alexandra Josefina
Bajana Guerra**



Dra. Alexandra Josefina Bajaan Guerra, Mgs.

Guayaquil, a los 23 días del mes de septiembre del 2026



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Luisa María Villamagua Godoy

DECLARO QUE:

El Proyecto de Investigación **Propuesta de abordaje nutricional y dietoterapéutico basado en evidencia para el manejo integral de un paciente con diabetes mellitus tipo 2 descompensada y artritis reumatoide: análisis retrospectivo de un caso clínico**, previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Nutrición y Dietética con mención en Nutrición Clínica**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 23 días del mes de septiembre del 2026

LA AUTORA



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:

**LUISA MARIA
VILLAMAGUA GODOY**

Luisa María Villamagua Godoy



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

AUTORIZACIÓN

Yo, Luisa María Villamagua Godoy

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Examen Complexivo de la maestría en Nutrición y Dietética con mención en Nutrición Clínica**, titulada: **Propuesta de abordaje nutricional y dietoterapéutico basado en evidencia para el manejo integral de un paciente con diabetes mellitus tipo 2 descompensada y artritis reumatoide: análisis retrospectivo de un caso clínico**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 23 días del mes de septiembre del 2026

LA AUTORA:



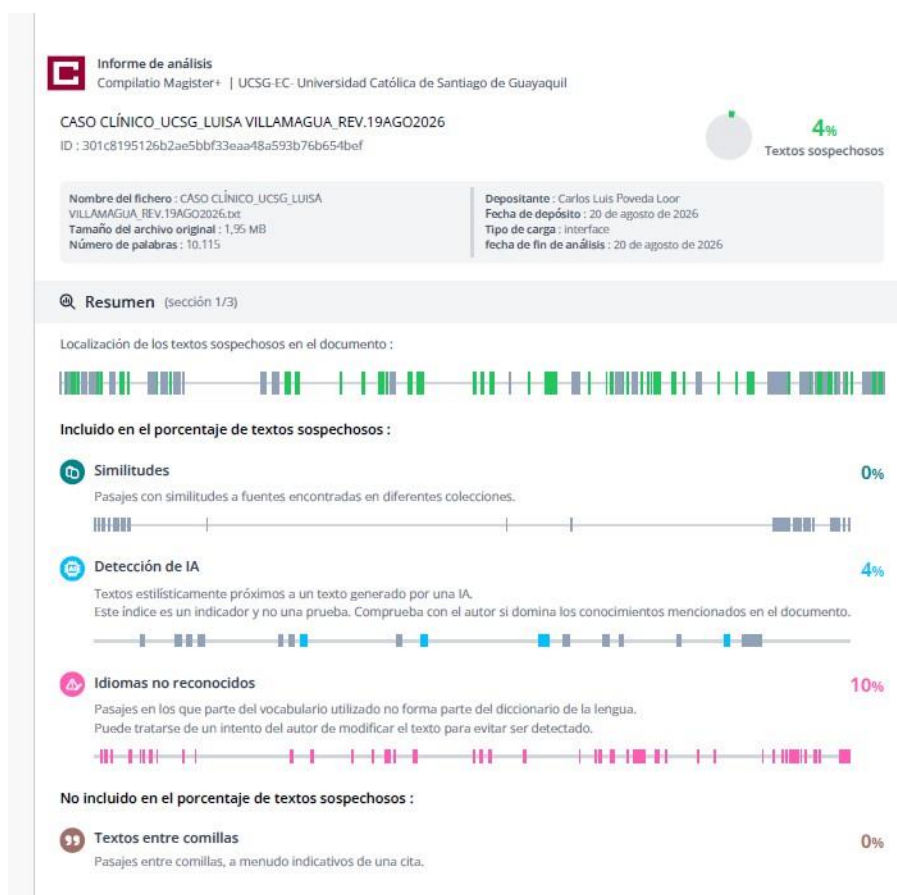
Validar únicamente en FirmaBC.
Firmado electrónicamente por:
**LUISA MARIA
VILLAMAGUA GODOY**

Luisa María Villamagua Godoy



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

INFORME DE COMPILATIO



Agradecimiento

A mi familia, que ha sido mi apoyo durante este camino. De manera especial, a mi esposo, por su amor incondicional y apoyo constante; gracias por caminar a mi lado y por sostenerme, muchas veces desde el silencio. A mis hijos, gracias por su paciencia, por comprender mis ausencias y por regalarme el tiempo que muchas veces les pertenecía. Este logro también es de ustedes.

A mis padres y a mi familia, gracias por enseñarme desde siempre la importancia del estudio, la constancia y el trabajo. Gracias por creer siempre en mí y por enseñarme que el esfuerzo y la dedicación son el camino para alcanzar las metas.

A la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, mi agradecimiento por los conocimientos y experiencias adquiridos durante esta etapa de formación. De igual manera, agradezco a los docentes de la maestría que, con su experiencia, compromiso y generosidad, contribuyeron de manera significativa a mi formación y fortalecieron mi vocación por la Nutrición Clínica.

A todos, gracias por acompañarme en este camino y ser parte de este logro.

Luisa María

Dedicatoria

A mi esposo, por ser mi apoyo incondicional y mi refugio en todo momento. Gracias por creer siempre en mí y por motivarme a seguir adelante.

A mis hijos, quienes son mi inspiración que guía cada uno de mis pasos y la fuerza que me impulsa a ser mejor cada día. Que este logro les recuerde que, con dedicación, perseverancia y amor, los sueños pueden hacerse realidad.

A mis padres, por sus enseñanzas, valores y ejemplo de esfuerzo, que han sido la base sobre la cual he construido mi vida personal y profesional.

Con todo mi amor, esta meta alcanzada también les pertenece.

Con amor, Luisa María

Índice General

1. Introducción.....	1
2. Problemática	3
3. Objetivos y estrategias.....	5
4. Contexto	7
5. Metodología.....	14
6. Propuesta	17
Conclusiones.....	30
Recomendaciones	31
Listado de referencias.....	32
Apéndices	35

Índice de Tablas

Tabla 1. Características generales del paciente	7
Tabla 2. Valoración antropométrica y de la composición corporal del paciente	9
Tabla 3. Valoración bioquímica del paciente	10
Tabla 4. Cuantificación de nutrientes obtenida mediante recordatorio de 24 horas	12
Tabla 5. Propuesta de distribución de macronutrientes para una prescripción energética de 1.800 kcal/día.....	22
Tabla 6. Síntesis de la propuesta de prescripción dietoterapéutica individualizada para el paciente con diabetes mellitus tipo 2 y artritis reumatoide.....	23

Resumen

La diabetes mellitus tipo 2 constituye una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial y representa un importante desafío para los sistemas de salud debido a su elevada prevalencia, el riesgo de complicaciones y la necesidad de un manejo integral. La coexistencia con enfermedades inflamatorias crónicas, como la artritis reumatoide, incrementa la complejidad del tratamiento nutricional, por lo que resulta indispensable diseñar intervenciones individualizadas y fundamentadas en evidencia científica.

El objetivo del presente trabajo fue diseñar una propuesta de abordaje nutricional y dietoterapéutico para un paciente adulto con diabetes mellitus tipo 2 descompensada, sobrepeso y artritis reumatoide, fundamentada en la mejor evidencia científica disponible y orientada a optimizar el control metabólico, mejorar el estado nutricional y fortalecer la adherencia al tratamiento.

Se desarrolló un estudio de caso clínico retrospectivo, tomando como base la información secundaria proveniente de los datos clínicos, antropométricos, bioquímicos y dietéticos disponibles en el caso, sin realizar una intervención directa ni una nueva valoración del paciente. La propuesta fue elaborada siguiendo la metodología del Proceso de Atención Nutricional (Nutrition Care Process), mediante la integración de la evaluación antropométrica, bioquímica, clínica y dietética, la formulación de diagnósticos nutricionales en formato PES y una búsqueda narrativa de evidencia científica reciente en bases de datos biomédicas y guías internacionales de práctica clínica.

La propuesta Dietoterapéutica se planteó de acuerdo con las necesidades identificadas en el paciente. Se establecieron los requerimientos nutricionales, distribución de macronutrientes basada en evidencia, y se propuso un patrón alimentario mediterráneo adaptado al contexto ecuatoriano. El abordaje también contempló educación alimentaria y diabetológica, seguimiento nutricional y participación del equipo multidisciplinario. El análisis permitió identificar como problema prioritario el déficit de conocimientos

relacionados con la alimentación y nutrición, aspecto que influye tanto en el control glucémico como en la calidad de su alimentación.

Palabras Clave: Proceso de Atención Nutricional, diabetes mellitus tipo 2; terapia médica nutricional; dieta mediterránea; artritis reumatoide; educación diabetológica.

Abstract

Type 2 diabetes mellitus is one of the most prevalent chronic noncommunicable diseases worldwide and remains a major challenge for healthcare systems because of its high prevalence, associated complications, and need for comprehensive management. When it coexists with chronic inflammatory conditions such as rheumatoid arthritis, nutritional management becomes more complex, highlighting the need for individualized interventions supported by scientific evidence.

This study aimed to design a nutritional and dietetic care proposal for an adult patient with poorly controlled type 2 diabetes mellitus, overweight, and rheumatoid arthritis. The proposal was based on the best available scientific evidence and focused on improving metabolic control and nutritional status while promoting adherence to treatment.

A retrospective clinical case study was conducted using secondary information from the clinical, anthropometric, biochemical, and dietary data available in the case. No direct intervention or additional patient assessment was performed. The proposal followed the Nutrition Care Process and integrated anthropometric, biochemical, clinical, and dietary assessment, together with the formulation of nutrition diagnoses using the PES format. A narrative search of recent scientific literature was also conducted using biomedical databases and international clinical practice guidelines.

The dietetic proposal was developed according to the nutritional needs identified in the patient. Nutritional requirements and macronutrient distribution were established based on current evidence, and a Mediterranean dietary pattern adapted to the Ecuadorian context was proposed. The approach also included nutrition and diabetes education, nutritional follow-up, and participation of a multidisciplinary team. The assessment identified a lack of food- and nutrition-related knowledge as the main nutrition problem, which may negatively affect both glycemic control and the overall quality of the patient's diet.

Keywords: Nutrition Care Process; type 2 diabetes mellitus; medical nutrition therapy; Mediterranean diet; rheumatoid arthritis; diabetes education.

1. Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) constituye una de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor impacto en la salud pública mundial debido a su elevada prevalencia, progresión y asociación con complicaciones microvasculares y macrovasculares que incrementan la morbilidad y deterioran significativamente la calidad de vida de quienes la padecen (1). Según la Federación Internacional de Diabetes (IDF), aproximadamente 589 millones de adultos entre 20 y 79 años viven con diabetes en el mundo, de los cuales más del 90% corresponden a DM2. Se estima que esta cifra continuará incrementándose en las próximas décadas, convirtiéndose en uno de los principales desafíos para los sistemas sanitarios debido a la elevada carga clínica, social y económica que representa (2).

La DM2 es una enfermedad metabólica compleja caracterizada por resistencia a la insulina, deterioro progresivo de la función de las células β pancreáticas e hiperglucemia crónica, condiciones que favorecen el desarrollo de complicaciones cardiovasculares, renales, neurológicas y oftalmológicas cuando no se logra un adecuado control metabólico (3). Diversos factores contribuyen a la descompensación glucémica, entre ellos, la suspensión del tratamiento farmacológico, la escasa adherencia terapéutica, patrones de alimentación inadecuados, el sedentarismo, las barreras de acceso a los servicios de salud y el limitado conocimiento sobre la enfermedad (4).

Desde el punto de vista nutricional, la terapia médica nutricional constituye uno de los pilares fundamentales en el tratamiento integral de la DM2. La evidencia científica demuestra que una intervención dietoterapéutica individualizada, acompañada de educación nutricional estructurada y cambios sostenibles en el estilo de vida, puede mejorar significativamente el control glucémico, disminuir los niveles de hemoglobina glucosilada ((HbA1c), optimizar el perfil cardiometabólico, favorecer el control del peso corporal y reducir el riesgo de complicaciones asociadas a la enfermedad (3,5). En este sentido, las recomendaciones actuales enfatizan la necesidad de diseñar planes de

alimentación personalizados considerando el estado nutricional, el tratamiento farmacológico, las preferencias alimentarias, las condiciones socioculturales y las comorbilidades presentes en cada paciente (3,6).

Cuando la DM2 coexiste con enfermedades inflamatorias crónicas, como la artritis reumatoide (AR), el abordaje clínico y nutricional adquiere mayor complejidad. La AR es una enfermedad autoinmune sistémica caracterizada por inflamación persistente, dolor articular y deterioro funcional progresivo, condiciones que pueden favorecer alteraciones en la composición corporal, incrementar el riesgo cardiovascular y comprometer la calidad de vida (7). Estudios recientes han demostrado que la inflamación sistémica propia de esta enfermedad puede favorecer el desarrollo de resistencia a la insulina, dificultar el control glucémico y aumentar el riesgo de complicaciones cardiovasculares en pacientes con DM2, lo que hace indispensable un manejo interdisciplinario e individualizado (8).

Por otra parte, la educación diabetológica representa un componente esencial de la atención integral. La American Diabetes Association (ADA) reconoce que la educación y el apoyo para el autocuidado permiten mejorar la adherencia terapéutica, fortalecer la toma de decisiones relacionadas con la alimentación y el tratamiento farmacológico, así como disminuir hospitalizaciones y complicaciones derivadas del mal control metabólico (3). Sin embargo, en la práctica clínica persisten mitos y creencias erróneas sobre la alimentación, como la exclusión injustificada de frutas, el consumo habitual de grasas saturadas o la percepción equivocada de determinados alimentos como perjudiciales para el control glucémico, aspectos que limitan la adherencia a las recomendaciones nutricionales y repercuten negativamente en el pronóstico de la enfermedad (9).

El presente trabajo concierne al análisis retrospectivo de un caso clínico correspondiente a un paciente masculino de 61 años con antecedentes de DM2 insulín dependiente de larga evolución y artritis reumatoide, quien ingresó al servicio de Medicina Interna, de un hospital público de la ciudad de Loja por descompensación metabólica severa secundaria a la suspensión del tratamiento farmacológico.

A partir de la información disponible del caso, se evidenció hiperglucemia grave, HbA1c marcadamente elevada y sobrepeso. En cuanto a su alimentación, se identificó un consumo frecuente de carbohidratos refinados y grasas saturadas, además de un bajo consumo de frutas y verduras. A estos hallazgos se sumó el desconocimiento sobre alimentación y diabetes, que condicionaban una baja adherencia al tratamiento integral.

Frente a esta situación, el presente trabajo analiza la información clínica y nutricional disponible con la finalidad de plantear un abordaje dietoterapéutico acorde con las necesidades identificadas en el paciente. La propuesta considera la valoración nutricional, el cálculo de requerimientos, la prescripción dietoterapéutica y la educación en diabetes, además de establecer el plan de monitoreo clínico-nutricional, con el propósito de favorecer el control glucémico, mejorar el estado nutricional y aportar al manejo integral de la DM2, considerando también la coexistencia de artritis reumatoide.

2. Problemática

La DM2 constituye una de las principales causas de hospitalización por descompensación metabólica en la población adulta y continúa representando un desafío para los sistemas de salud. Esto se debe no solo a la complejidad de su tratamiento, sino también a la influencia de múltiples factores que condicionan el adecuado control glucémico. Actualmente, se reconoce que el manejo de esta enfermedad va más allá del tratamiento farmacológico y requiere un abordaje integral que incluya terapia médica nutricional, educación diabetológica, promoción del autocuidado y acceso oportuno a los servicios de salud (1,2).

El presente caso clínico pone de manifiesto que la descompensación metabólica no fue consecuencia exclusiva de la evolución natural de la enfermedad, sino del efecto acumulativo de diversos determinantes clínicos, nutricionales, educativos y relacionados con el sistema sanitario. Entre los factores mas relevantes fue la suspensión del tratamiento farmacológico durante aproximadamente tres meses debido a la falta de disponibilidad de medicamentos en la institución hospitalaria. Esta situación favoreció una pérdida

importante del control glucémico, evidenciada por una glucosa basal al ingreso de 583 mg/dL y una hemoglobina glucosilada de 12,9%, indicadores de hiperglucemia crónica y mal control metabólico. Diversos estudios han demostrado que la interrupción del tratamiento en paciente con diabetes mellitus tipo 2 incrementa significativamente el riesgo de descompensaciones agudas, hospitalizaciones y mortalidad, especialmente cuando existe dependencia de insulino terapia (3,4).

Además de los aspectos clínicos, la información disponible evidenció limitaciones importantes en los conocimientos del paciente sobre alimentación y diabetes. Entre ellas destacó la creencia de que el consumo de frutas debía restringirse por su efecto sobre la glucemia, así como la preferencia por utilizar manteca de cerdo en lugar de aceites vegetales debido a recomendaciones recibidas previamente. Estas prácticas favorecían un patrón alimentario poco adecuado para el control de la enfermedad. Diversos estudios señalan que, la comprensión de la información relacionada con la salud desempeña un papel fundamental en el autocuidado de las personas con diabetes, ya que influye en la adherencia al tratamiento, la selección de alimentos y la toma de decisiones cotidianas relacionadas con el control metabólico (5,6).

Desde el punto de vista nutricional, el patrón de alimentación habitual evidenció un elevado consumo de carbohidratos refinados y grasas saturadas, acompañado de un escaso consumo de frutas, verduras y alimentos ricos en fibra dietética. Asimismo, el paciente presentó un índice de masa corporal de 29,7kg/m², compatible con sobrepeso, condición estrechamente relacionada con mayor riesgo cardiometabólico. Las recomendaciones actuales de la ADA y la European Association for the Study of Diabetes (EASD) destacan que la terapia médica nutricional individualizada constituye uno de los pilares fundamentales para mejorar el control glucémico, disminuir la hemoglobina glucosilada, favorecer el control ponderal y reducir el riesgo cardiovascular en personas con DM2 (1,2).

La presencia de artritis reumatoide debe considerarse dentro del manejo nutricional de este paciente. Al tratarse de una enfermedad autoinmune asociada con inflamación sistémica persistente, puede contribuir a una mayor resistencia a la insulina y al riesgo cardiovascular, además de generar cambios en la composición corporal y limitar la funcionalidad del paciente (7). Por esta razón, la intervención nutricional debe considerar, además del control glucémico, estrategias alimentarias que contribuyan al manejo de la inflamación y favorezcan la salud cardiovascular.

En conjunto, los hallazgos del caso muestran que la descompensación metabólica no puede atribuirse únicamente al mal control de la DM2, sino que intervienen factores clínicos, nutricionales, educativos y sociales. Además, es importante un manejo integral, el cual responda a las necesidades particulares del paciente y considere los diferentes factores que pueden afectar su control metabólico. Por lo tanto, se plantea una propuesta que combina terapia médica nutricional, educación alimentaria y diabetológica, así como, estrategias para favorecer la adherencia al tratamiento y seguimiento clínico-nutricional.

3. Objetivos y estrategias

3.1 Objetivo general

- Diseñar una propuesta de abordaje nutricional y dietoterapéutico, fundamentado en la evidencia científica disponible, para un paciente con diabetes mellitus tipo 2 descompensada y artritis reumatoide, con la finalidad de optimizar el control metabólico, mejorar el estado nutricional y fortalecer la adherencia al tratamiento mediante una intervención nutricional individualizada.

3.2 Objetivos específicos

1. Proponer una terapia nutricional individualizada, fundamentada en la valoración nutricional y en las recomendaciones internacionales vigentes, orientada a optimizar el control glucémico y el estado nutricional del paciente.

2. Proponer estrategias de educación alimentaria y diabetológica dirigidas a fortalecer los conocimientos del paciente, promover el autocuidado y favorece la adherencia al tratamiento nutricional y farmacológico.

3. Proponer estrategias dietoterapéuticas fundamentadas en la evidencia científica orientadas a disminuir el riesgo de complicaciones cardiometabólicas y favorecer el manejo integral del proceso inflamatorio asociado a la artritis reumatoide.

3.3 Estrategias de intervención Dietoterapéutica

Con el propósito de dar cumplimiento a los objetivos planteados, se establecen las siguientes estrategias dietoterapéuticas, formuladas a partir de la evidencia científica disponible y adaptadas a las características clínicas, nutricionales y educativas del paciente. Estas estrategias constituyen el marco general de intervención y orientan la propuesta de abordaje dietoterapéutico.

3.3.1 Desarrollar una intervención nutricional individualizada, fundamentada en la valoración nutricional y en las recomendaciones internacionales vigentes, orientada al control metabólico, la mejora del estado nutricional y la prevención de complicaciones asociadas a la diabetes mellitus tipo 2 y al exceso de peso.

3.3.2 Educación alimentaria y diabetológica con la finalidad de fortalecer los conocimientos del paciente sobre su enfermedad, promover habilidades para el autocuidado, corregir mitos relacionados con la alimentación y favorecer la adherencia al tratamiento nutricional y farmacológico.

3.3.3 Promover la adopción de un patrón alimentario mediterráneo adaptado al contexto sociocultural del paciente, como estrategia nutricional para mejorar el control glucémico, favorecer un perfil cardiometabólico saludable y contribuir al manejo del proceso inflamatorio asociado a la artritis reumatoide.

4. Contexto

El presente apartado describe el contexto clínico, nutricional y dietoterapéutico correspondiente al caso clínico, con el propósito de sustentar y fundamentar la propuesta de atención nutricional y dietoterapéutica planteada. Para este fin, se presentan de manera objetiva y sistematizada los datos generales del caso Clínico, los antecedentes patológicos personales, los hallazgos clínicos y nutricionales disponibles, así como el diagnóstico nutricional formulado mediante el Proceso de Atención Nutricional (PAN).

Para establecer los diagnósticos nutricionales se utilizó la Terminología Estandarizada de la Academy of Nutrition and Dietetics (AND) y su formulación mediante el formato Problema, Etiología y Signos/Síntomas (PES). Los diagnósticos se definieron a partir de la información disponible y de los principales hallazgos identificados en el caso, los cuales sirvieron para plantear una atención nutricional y dietoterapéutica individualizada, de acuerdo con las características y necesidades del paciente.

Cabe señalar que, por tratarse de un trabajo académico de carácter propositivo, la atención nutricional y dietoterapéutica presentada corresponde exclusivamente al diseño y fundamentación de una propuesta basada en la información disponible del caso clínico, sin contemplar la intervención, valoración o contacto directo con seres humanos.

Tabla 1. Características generales del paciente

Variable	Resultado
Sexo	Masculino
Edad	61 años
Fecha de nacimiento	16 de abril de 1965
Lugar de nacimiento	Zamora, Ecuador
Lugar de residencia	Loja, Ecuador

Ocupación	Personal de carga
Nivel de instrucción	Primaria incompleta
Grupo sanguíneo	ORh positivo
Diagnóstico médico principal	Diabetes mellitus tipo 2 descompensada
Comorbilidad	Artritis reumatoide (AR)

Fuente: Elaboración propia.

4.2 Antecedentes personales y patológicos (según historia clínica)

El paciente presenta antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada hace 16 años, manejada con insulinoterapia y antidiabéticos orales. Previo a la hospitalización recibía tratamiento con insulina de acción lenta (20 UI) e insulina rápida (10 UI) en horario matutino y 15 UI más 5 UI en horarios vespertino, además de metformina y glibenclamida.

Durante la consulta en el servicio de endocrinología refirió haber suspendido el tratamiento farmacológico aproximadamente tres meses antes del ingreso, debido a la falta de disponibilidad de medicamentos en el hospital, motivo que favoreció el deterioro del control glucémico y justificó su ingreso al servicio de medicina interna de la casa de salud.

Como antecedente patológico adicional presenta artritis reumatoide. Entre los antecedentes quirúrgicos refiere fractura previa de la pierna izquierda. No reporta antecedentes de transfusiones sanguíneas, ni antecedentes patológicos familiares.

4.3 Proceso de Atención Nutricional

4.3.1 Valoración nutricional

La historia clínica refiere que el paciente ingresó al servicio de medicina interna por descompensación metabólica secundaria a diabetes mellitus tipo 2, luego de evidenciarse una glucemia basal de 583 mg/dL durante la consulta de endocrinología.

Durante la valoración nutricional se encontró consciente, orientado y con adecuada tolerancia a la vía oral. Niega síntomas gastrointestinales, alergias e intolerancias alimentarias.

El tratamiento farmacológico instaurado durante la hospitalización consistió en 22 UI de insulina NPH a las 08:00 y 12 UI a las 19:00, manteniéndose además el tratamiento con metformina y glibenclamida.

El relación con el estilo de vida, el paciente desempeñaba una actividad laboral de alta demanda física (descarga de objetos pesados) y realizaba caminatas diarias por una hora.

- Valoración antropométrica

Tabla 2. Valoración antropométrica y de la composición corporal del paciente

Indicador	Resultado	Interpretación
Peso	68,6 kg	
Talla	152 cm	
IMC	29,7 kg/m ²	Sobrepeso
Circunferencia braquial (CB)	31,5 cm	Percentil 50 (normal)
Pliegue tricipital (PT)	10 mm	Percentil 50 (masa grasa promedio)
Circunferencia de pantorrilla (CP)	39,5 cm	Masa muscular normal

Fuente: Elaboración propia

Como se observa en la Tabla 2, el paciente presentó un índice de masa corporal (IMC) de 29,7 kg/ m², compatible con sobrepeso según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). No se reportó pérdida de peso previa, por lo que no se identificaron cambios recientes en el peso corporal.

Respecto a la composición corporal, se registró una circunferencia braquial de 31,5 cm y un pliegue tricipital de 10 mm, ubicados en el percentil 50 para su edad y sexo. Estos valores reflejan una reserva de masa grasa conservada. La circunferencia de pantorrilla fue de 39,5 cm valor que no sugiere disminución de la masa muscular ni riesgo de sarcopenia de acuerdo con este indicador.

Al analizar estos resultados, el exceso de peso constituye el hallazgo antropométrico de mayor relevancia, mientras que los indicadores disponibles no muestran compromiso de las reservas musculares. En este sentido, el sobrepeso adquiere especial importancia por su posible repercusión sobre el control glucémico y el riesgo cardiometabólico del paciente.

- Valoración bioquímica

Tabla 3. Valoración bioquímica del paciente

Parámetro	Resultado	Interpretación
Glucosa basal (14/07/2026)	583 mg/dL	Hiperglucemia severa compatible con descompensación metabólica
Glucosa basal (15/07/2026)	217 mg/dL	
Hemoglobina glucosilada (HbA1c)	12,9 %	Control glucémico crónicamente inadecuado

Fuente: Elaboración propia

Como se muestra en la Tabla 3, al ingreso se registró una glucosa basal de 583 mg/dL, indicativa de hiperglucemia severa y de una importante descompensación metabólica. Posteriormente, la glucemia disminuyó a 217 mg/dL tras el inicio del tratamiento con insulina. Aunque se observa una reducción considerable respecto al valor inicial, la glucemia se mantuvo elevada y fuera de los objetivos terapéuticos establecidos para personas con diabetes mellitus tipo 2.

Asimismo, la hemoglobina glucosilada (HbA1c) fue de 12,9 %, valor que indica un control glucémico inadecuado durante los meses previos. Este resultado permite establecer que la hiperglucemia no se limitaba al episodio agudo que ocasionó el ingreso hospitalario, sino que refleja un control deficiente de la enfermedad previo a la hospitalización.

En conjunto, los valores de glucosa y HbA1c, muestran una DM2 con control metabólico deficiente, por lo que el manejo nutricional debe formar parte de las medidas dirigidas a mejorar el control de la enfermedad. En este paciente, la terapia médica nutricional individualizada, la educación diabetológica y el seguimiento adquieren especial relevancia para favorecer el control glucémico y disminuir el riesgo de complicaciones asociadas a la diabetes.

- Evaluación dietética

La información dietética disponible mostró un patrón de tres comidas principales al día, con presencia frecuente de carbohidratos refinados y preparaciones de elevada carga glucémica. El consumo de frutas, verduras y otros alimentos fuente de fibra fue limitado. También se observó el uso habitual de manteca de cerdo como grasa de preparación, presente en varios de los alimentos consumidos por el paciente.

Durante la anamnesis también se identificaron conocimientos inadecuados relacionados con la alimentación en diabetes mellitus tipo 2. El paciente manifestó restringir voluntariamente el consumo de frutas por considerar que incrementan la glucemia y preferir el uso de manteca de cerdo sobre aceites vegetales, conductas atribuidas a información recibida previamente. Estos hallazgos evidencian la presencia de conceptos erróneos que pueden interferir con la adherencia a un tratamiento nutricional adecuado y justifican la necesidad de incorporar un componente de educación diabetológica dentro de la intervención

Tabla 4. Cuantificación de nutrientes obtenida mediante recordatorio de 24 horas

Nutriente	Ingesta
Energía	1860 kcal
Proteínas	72,5 g
Grasas	69,6 g
Carbohidratos	271,5 g

Fuente: Elaboración propia

El análisis del recordatorio de 24 horas mostró un aporte energético aproximado de 1860 kcal, con una ingesta de 72,5 g de proteínas, 69,6 g de grasas y 271,5 g de carbohidratos. Si bien estos resultados corresponden a un único día de consumo y no representan por sí solos la ingesta habitual del paciente, su interpretación, en conjunto con la entrevista nutricional, permitió identificar un patrón alimentario caracterizado por un elevado consumo de carbohidratos refinados, una baja ingesta de frutas, verduras y alimentos fuente de fibra dietética, así como un consumo frecuente de grasas saturadas provenientes de la manteca de cerdo.

Al analizar la alimentación del paciente, se observa un desequilibrio relacionado principalmente con el consumo frecuente de carbohidratos refinados, junto con una baja ingesta de alimentos fuente de proteínas de alta calidad y un bajo consumo de frutas, verduras y otros alimentos ricos en fibra dietética. Estas características de la dieta no favorecen el control glucémico y pueden incrementar el riesgo cardiometabólico. A esto se suman las creencias identificadas respecto a determinados alimentos, las cuales pueden influir en sus elecciones alimentarias. Por esta razón, la educación alimentaria y diabetológica constituye un componente importante del abordaje nutricional, especialmente para mejorar sus conocimientos, orientar decisiones alimentarias adecuadas y favorecer la adherencia al tratamiento.

Adicionalmente, el paciente refirió una ingesta aproximada de 2 litros de agua al día, negó el consumo de suplementos nutricionales y no reportó hábitos tóxicos, sin identificarse otros factores dietéticos relevantes que modificaran la intervención nutricional propuesta.

4.3.2 Diagnóstico Nutricional

El diagnóstico nutricional fue establecido de acuerdo con la metodología del Proceso de Atención Nutricional (Nutrition Care Process, NCP), utilizando la Terminología Estandarizada para el Diagnóstico Nutricional de la AND. Los diagnósticos fueron formulados mediante el formato Problema, Etiología y Signos/Síntomas (PES), permitiendo identificar y priorizar los problemas nutricionales susceptibles de intervención dietoterapéutica.

4.3.2.1 Diagnóstico nutricional prioritario

Problema (P): Déficit de conocimientos relacionados con alimentos y nutrición

Etiología (E): Relacionado con educación diabetológica insuficiente y creencias erróneas sobre la alimentación en diabetes mellitus tipo 2.

Signos y Síntomas (S): Evidenciado por la restricción del consumo de frutas por temor a elevar la glucemia, la preferencia por manteca de cerdo en lugar de aceites vegetales y las respuestas obtenidas durante la entrevista nutricional.

4.3.2.2 Diagnóstico nutricional secundario 1

Problema (P): Ingestión de tipos de hidratos de carbono no acorde con los requerimientos.

Etiología (E): Relacionada con hábitos alimentarios inadecuados y conocimientos insuficientes sobre alimentación en diabetes

Signos y Síntomas (S): Evidenciado por un patrón alimentario con predominio de carbohidratos refinados, y valores elevados de glucosa basal y hemoglobina glucosilada.

4.3.2.3 Diagnóstico nutricional secundario 2

Problema (P): Ingestión inadecuada (subóptima) de fibra.

Etiología (E): Relacionada con bajo consumo de frutas, verduras y otros alimentos fuente de fibra, asociado a hábitos alimentarios inadecuados y conocimientos insuficientes sobre alimentación saludable.

Signos y Síntomas (S): Evidenciado por el recordatorio de 24 horas, el patrón habitual de alimentación y la aversión alimentaria hacia frutas y verduras.

La priorización de estos diagnósticos nutricionales permitió establecer los problemas nutricionales susceptibles de intervención y orientar la formulación de los objetivos clínico – nutricionales, las estrategias de intervención y la propuesta dietoterapéutica, garantizando la coherencia entre la valoración nutricional, el diagnóstico y la planificación de la intervención conforme al NCP.

5. Metodología

La presente propuesta de atención nutricional y dietoterapéutica se elaboró a partir del análisis retrospectivo de un caso clínico correspondiente a un paciente adulto hospitalizado con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 descompensada y artritis reumatoide. Para su desarrollo se utilizó información secundaria proveniente de los datos clínicos, antropométricos, bioquímicos y dietéticos disponibles en el caso, sin realizar una intervención directa ni una nueva valoración del paciente.

A partir de la información disponible, se analizaron las características clínicas, metabólicas y nutricionales del caso y se integraron con la evidencia científica disponible, con el propósito de construir una propuesta de atención nutricional y dietoterapéutica individualizada, fundamentada en recomendaciones internacionales y adaptada a las necesidades identificadas.

La formulación de la propuesta se desarrolló en tres etapas: (1) búsqueda y selección de la evidencia científica; (2) análisis crítico e integración de las recomendaciones disponibles; y (3) diseño de la propuesta de atención nutricional y dietoterapéutica a partir

de los datos de valoración disponibles en el caso y de los diagnósticos nutricionales formulados mediante el Proceso de Atención Nutricional.

5.1 Búsqueda de la evidencia científica

Se realizó una búsqueda narrativa de literatura científica publicada en idioma inglés y español, utilizando bases de datos biomédica como PubMed/MEDLINE, Scopus y Google Scholar, con el propósito de identificar evidencia relacionada con el tratamiento nutricional de la diabetes mellitus tipo 2 y su coexistencia con artritis reumatoide.

Se emplearon combinaciones de palabras clave y términos MeSH, entre ellos: Type 2 Diabetes Mellitus, Medical Nutrition Therapy, Nutrition Therapy, Diabetes Education, Rheumatoid Arthritis, Diet Therapy, Mediterranean Diet, Carbohydrate Intake, Fiber Intake y Glycemic control.

Se priorizaron revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos, documentos de consenso y guías de práctica clínica publicadas durante los últimos cinco años, sin excluir estudios clásicos considerados relevantes para el fundamento de la terapia médica nutricional.

5.2 Guías de práctica clínica consultadas

La propuesta dietoterapéutica fue sustentada principalmente en recomendaciones emitidas por organizaciones científicas internacionales con amplia trayectoria en el manejo de la diabetes mellitus, entre ellas:

- American Diabetes Association (ADA). Standards of Care in Diabetes 2026.
- European Association for the Study of Diabetes (EASD).
- European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN).

- Academy of Nutrition and Dietetics, mediante el Nutrition Care Process (NCP) y la Nutrition Care Process Terminology (eNCPT) para la formulación de los diagnósticos nutricionales.

Otras publicaciones científicas de alto nivel de evidencia relacionadas con terapia médica nutricional, calidad de carbohidratos, consumo de fibra dietética, educación en diabetes y patrones alimentarios cardioprotectores.

5.3 Criterios para la formulación de la propuesta dietoterapéutica

La propuesta de intervención nutricional fue diseñada considerando la integración de tres componentes fundamentales:

1. Características clínicas del paciente, incluyendo el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 descompensada, artritis reumatoide, antecedentes patológicos personales, tratamiento farmacológico, parámetros bioquímicos, estado nutricional y composición corporal.
2. Datos de valoración nutricional disponibles en el caso, correspondientes a información antropométrica, bioquímica, clínica y dietética, así como a la identificación y priorización de los diagnósticos nutricionales formulados mediante la metodología del Proceso de Atención Nutricional (NCP) y la Terminología Estandarizada para el Diagnóstico Nutricional (eNCPT).
3. Evidencia científica disponible, priorizando recomendaciones sustentadas en guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios clínicos que respaldaron las decisiones relacionadas con el cálculo de requerimientos nutricionales, distribución de macronutrientes, consumo de fibra dietética, calidad de los carbohidratos, educación alimentaria y selección del patrón dietético más apropiado para el paciente.

En consecuencia, la propuesta no se limitó a la prescripción de un plan de alimentación, sino que incorporó estrategias de educación nutricional, modificación de hábitos alimentarios y recomendaciones orientadas a favorecer el control glucémico, contribuir al manejo nutricional del proceso inflamatorio, mejorar la adherencia al tratamiento y

disminuir el riesgo de complicaciones cardiometabólicas, en concordancia con los diagnósticos nutricionales identificados.

6. Propuesta

La presente propuesta de abordaje dietoterapéutico se plantea con la finalidad de contribuir al control glucémico, mejorar el estado nutricional y disminuir el riesgo de complicaciones asociadas a la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), considerando las características clínicas, metabólicas y nutricionales identificadas durante la valoración del caso. Para su elaboración, se integraron los hallazgos obtenidos mediante el Proceso de Atención Nutricional (Nutrition Care Process, NCP), los diagnósticos nutricionales priorizados y las recomendaciones emitidas por las principales guías internacionales para el manejo de la DM2 y la artritis reumatoide, con el propósito de fundamentar una intervención nutricional individualizada, factible y sustentada en la mejor evidencia científica disponible.

En este contexto, la presente propuesta constituye la fase de intervención del Proceso de Atención Nutricional (Nutrition Care Process), diseñada a partir del diagnóstico nutricional previamente establecido y orientada a abordar las etiologías identificadas mediante estrategias dietoterapéuticas y educativas sustentadas en evidencia científica.

6.1 Fundamentación científica

La terapia médica nutricional constituye uno de los pilares fundamentales en el tratamiento integral de la diabetes mellitus tipo 2 y representa un componente esencial dentro de las estrategias terapéuticas recomendadas desde el momento del diagnóstico, independientemente del tratamiento farmacológico instaurado. La evidencia científica respalda que una intervención nutricional individualizada, estructurada y basada en evidencia puede contribuir significativamente a mejorar el control glucémico, disminuir los niveles de hemoglobina glucosilada (HbA1c), favorecer el control del peso corporal y

reducir el riesgo de complicaciones microvasculares y macrovasculares asociadas a la enfermedad (1,3,5).

Las recomendaciones actuales de la American Diabetes Association (ADA) reconocen que no existe un patrón de alimentación único aplicable a todas las personas con diabetes mellitus tipo 2. En este sentido, la planificación de la terapia médica nutricional debe individualizarse considerando el estado nutricional, los objetivos metabólicos, el tratamiento farmacológico, las preferencias alimentarias, el contexto sociocultural, el nivel de alfabetización en salud y la presencia de comorbilidades, con el propósito de favorecer la adherencia terapéutica y promover cambios sostenibles en el estilo de vida (1,3).

Desde esta perspectiva, la propuesta de intervención nutricional no se orienta exclusivamente a la restricción energética o al control de la cantidad de carbohidratos consumidos, sino que plantea un abordaje integral enfocado en mejorar la calidad global de la alimentación. En este sentido, las guías internacionales enfatizan la importancia de priorizar alimentos mínimamente procesados, incrementar el consumo de fibra dietética, sustituir las grasas saturadas por grasas insaturadas y promover patrones alimentarios cardioprotectores, debido a sus efectos favorables sobre el control glucémico, el perfil lipídico, la presión arterial y la reducción del riesgo cardiovascular (4–6).

La propuesta dietoterapéutica se planteó considerando los principales problemas identificados en el caso. Los valores de glucemia basal de 583 mg/dL y HbA1c de 12,9 % muestran un control metabólico deficiente, así como la suspensión del tratamiento farmacológico y las dificultades relacionadas con los conocimientos sobre alimentación y diabetes. En el componente dietético, el consumo frecuente de carbohidratos refinados y grasas saturadas, junto con la baja ingesta de frutas, verduras y alimentos ricos en fibra dietética, permitió identificar aspectos importantes sobre los cuales orientar la intervención nutricional. Estos elementos fueron considerados para establecer estrategias

acordes con las necesidades del paciente y dirigidas principalmente a mejorar el control glucémico y la calidad de su alimentación.

De igual manera, la coexistencia de artritis reumatoide representa un aspecto relevante dentro del abordaje nutricional, debido a que esta enfermedad se caracteriza por un estado inflamatorio sistémico persistente que favorece la resistencia a la insulina, incrementa el riesgo cardiovascular y puede afectar negativamente el estado funcional y la composición corporal. En consecuencia, la propuesta dietoterapéutica incorpora estrategias orientadas no solo al control glucémico, sino también a la modulación del proceso inflamatorio mediante la promoción de un patrón alimentario con propiedades cardioprotectoras y antiinflamatorias (7,8).

Con base en estos fundamentos, la propuesta de intervención nutricional plantea un abordaje individualizado orientado a favorecer el control metabólico, mejorar el estado nutricional, fortalecer la adherencia al tratamiento y contribuir a la prevención de futuras complicaciones relacionadas con la diabetes mellitus tipo 2 y la artritis reumatoide (1,4,6).

6.1.1 Estimación de requerimientos nutricionales

La estimación de los requerimientos nutricionales constituye una etapa fundamental dentro de la terapia médica nutricional, ya que proporciona la base para plantear una prescripción dietoterapéutica individualizada acorde con las características antropométricas, clínicas, metabólicas y funcionales del paciente. En personas con diabetes mellitus tipo 2 no existe una distribución única de energía y macronutrientes aplicable a todos los casos; por ello, la planificación alimentaria debe adaptarse al estado nutricional, los objetivos terapéuticos, el tratamiento farmacológico, el nivel de actividad física, las preferencias alimentarias y la presencia de comorbilidades (1,3,5).

En el presente caso, las características clínicas y nutricionales del paciente, adulto masculino de 61 años, con un peso de 68,6 kg, talla de 1,52 m e índice de masa corporal de 29,7 kg/m², compatible con sobrepeso, constituyen elementos relevantes para el planteamiento de la presente propuesta. Adicionalmente, la ausencia de pérdida de peso involuntaria, la inexistencia de riesgo nutricional según la herramienta NRS-2002 y la conservación de la masa muscular sugieren que el abordaje nutricional debe orientarse principalmente a optimizar el control metabólico, preservar la masa magra y favorecer una reducción gradual del riesgo cardiometabólico.

La literatura científica reconoce a la calorimetría indirecta como el método de referencia para la determinación del gasto energético en reposo. Sin embargo, cuando esta herramienta no se encuentra disponible, es aceptado el empleo de ecuaciones predictivas, siempre que sus resultados sean interpretados dentro del contexto clínico y nutricional de cada paciente. Entre ellas, la ecuación de Mifflin-St Jeor ha demostrado una adecuada capacidad para estimar el gasto energético en reposo en adultos con sobrepeso, por lo que constituye una alternativa válida para fundamentar la presente propuesta (10).

Con base en lo anterior, para determinar el gasto energético en reposo (GER) se utilizó la ecuación de Mifflin-St Jeor para hombres:

$$\text{GER} = (10 \times \text{peso [kg]}) + (6,25 \times \text{talla [cm]}) - (5 \times \text{edad [años]}) + 5$$

Al sustituir los datos antropométricos del caso:

$$\text{GER} = (10 \times 68,6) + (6,25 \times 152) - (5 \times 61) + 5$$

$$\text{GER} = 686 + 950 - 305 + 5$$

$$\text{GER} = 1.336 \text{ kcal/día}$$

El resultado obtenido corresponde al gasto energético estimado en reposo y, por lo tanto, no representa por sí solo el requerimiento energético total del paciente. Para establecer la prescripción energética se consideró, además, su condición clínica, estado nutricional y

situación de hospitalización. La guía ESPEN sobre nutrición hospitalaria señala que los requerimientos energéticos deben individualizarse y refiere un rango aproximado de 25–35 kcal/kg de peso corporal/día para la población hospitalizada (11).

En el presente caso se estableció un aporte de 1.800 kcal/día, equivalente a aproximadamente 26,2 kcal/kg/día considerando el peso actual del paciente (68,6 kg). Este valor se encuentra dentro del rango señalado y se seleccionó considerando la presencia de sobrepeso y la necesidad de evitar un aporte energético excesivo durante el manejo de la descompensación metabólica.

Asimismo, este aporte energético permitiría que las modificaciones cualitativas de la alimentación y la redistribución de los macronutrientes constituyan las principales estrategias para favorecer el control glucémico y contribuir al manejo del exceso de peso corporal. La ADA señala que, en personas con diabetes mellitus tipo 2 y sobrepeso, el control del peso debe formar parte de los objetivos terapéuticos y que una reducción entre 5 y 10% del peso inicial puede traducirse en beneficios sobre el control glucémico y otros factores de riesgo cardiovascular (1).

Respecto a la distribución de macronutrientes, la evidencia científica actual reconoce que no existe una proporción ideal de carbohidratos, proteínas y grasas aplicable a todas las personas con diabetes mellitus tipo 2; por ello, la presente propuesta plantea una distribución individualizada de acuerdo con las características clínicas del caso (12).

Tabla 5. Propuesta de distribución de macronutrientes para una prescripción energética de 1.800 kcal/día.

Nutriente	Distribución	Aporte energético	Cantidad aproximada
Carbohidratos	45 %	810 kcal	202,5 g/día
Proteínas	20 %	360 kcal	90 g/día
Grasas	35 %	630 kcal	70 g/día
Total	100 %	1.800 kcal	

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los carbohidratos, se estableció un aporte del 45 % del valor energético total, equivalente a aproximadamente 203 g/día. Esta proporción se ubicó en el límite inferior del rango considerado para la planificación, teniendo en cuenta la hiperglucemia y el elevado consumo de carbohidratos refinados observado en el patrón alimentarios del paciente. La distribución propuesta constituye un punto de partida y deberá ajustarse según la evolución clínica, el monitoreo glucémico, el tratamiento farmacológico y la respuesta al plan nutricional.

Para las proteínas se estableció un aporte del 20 % del valor energético total, equivalente a 90 g/día o aproximadamente 1,3 g/kg de peso corporal/día. Este aporte busca cubrir las necesidades proteicas y favorecer el mantenimiento de la masa muscular. Debido a que el caso no dispone de parámetros de función renal, como creatinina sérica, tasa de filtración glomerular o albuminuria, y en ausencia de enfermedad renal, las recomendaciones actuales no plantean una restricción proteica sistemática en personas con diabetes mellitus tipo 2, por lo que el aporte debe individualizarse de acuerdo con la condición clínica (5,12).

Respecto al componente lipídico, la propuesta contempla un aporte equivalente al 35 % del valor energético total, correspondiente a aproximadamente 70 g/día. Más que reducir su aporte total, la propuesta prioriza mejorar la calidad de las grasas consumidas, favoreciendo las fuentes monoinsaturadas y poliinsaturadas y limitando las grasas

saturadas. Este aspecto adquiere especial importancia debido al uso frecuente de manteca de cerdo identificado en la alimentación habitual y al riesgo cardiovascular asociado a la DM2. Por ello, se plantea incorporar con mayor frecuencia aceite de oliva, pescado, frutos secos y semillas como fuentes de grasas de mejor calidad (4–8,13).

En relación con la fibra dietética, la propuesta considera un consumo progresivo de 25 a 30 g/día, priorizando alimentos naturalmente ricos en fibra, como verduras, frutas enteras, leguminosas, cereales integrales y semillas. Este aporte es consistente con la recomendación de aproximadamente 14 g de fibra por cada 1.000 kcal, que para una alimentación de 1.800 kcal corresponde a un mínimo aproximado de 25,2 g/día. Debido al bajo consumo habitual de alimentos fuente de fibra, su incorporación deberá realizarse de manera gradual y acompañarse de una adecuada ingesta de líquidos para favorecer la tolerancia gastrointestinal (5,12).

Finalmente, en cuanto al aporte hídrico, la propuesta no establece un requerimiento específico mediante una fórmula predictiva, debido a la ausencia de información relacionada con la función renal, el balance hídrico y otras variables clínicas necesarias para su determinación. Por ello, se considera pertinente que la hidratación sea individualizada de acuerdo con la evolución clínica y los criterios del equipo tratante.

Tabla 6. Síntesis de la propuesta de prescripción dietoterapéutica individualizada para el paciente con diabetes mellitus tipo 2 y artritis reumatoide.

Componente	Prescripción dietoterapéutica propuesta	Consideraciones para la intervención
Energía	1800 kcal/día, estimadas mediante la ecuación de Mifflin-St.Jeor.	La prescripción podrá ajustarse según la evolución clínica, el control glucémico y la recuperación de la actividad física.
	20 % del VET (90 g/día; $\approx$ 1,3 g/kg/día).	Se priorizarán fuentes proteicas de alto valor biológico (pollo, pescado, huevo, lácteos

Proteínas		bajos en grasa y leguminosas). El aporte deberá reevaluarse si se evidencia compromiso de la función renal.
		Se priorizará el consumo de carbohidratos complejos provenientes de cereales integrales, leguminosas, verduras y frutas enteras.
Carbohidratos	45 % del GET (202,5 g/día).	Se favorecerá la selección de alimentos de bajo índice glucémico. Se sustituirá progresivamente el arroz blanco por versiones integrales y se incrementará el consumo de fréjol, lenteja y garbanzo. Se evitarán bebidas azucaradas, jugos industrializados y productos con azúcares añadidos (14,15).
Grasas	35 % del VET (70 g/día).	Se priorizará el consumo de grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas provenientes de aceite de oliva, aguacate, frutos secos y pescado, limitando la manteca de cerdo, embutidos y otras fuentes de grasas saturadas (4–8,12).
Fibra dietética	25–30 g/día.	Se promoverá un consumo progresivo de 25-30 gramos al día, mediante el consumo de verduras, frutas enteras, leguminosas y cereales integrales, y acompañándola de una adecuada hidratación (5,12).
Líquidos	Individualizar según evolución clínica.	Se promoverá el agua como principal fuente de hidratación. El requerimiento hídrico será individualizado de acuerdo con la evolución clínica y la función renal.

Fuente: Elaboración propia con base en la valoración nutricional del caso clínico y en las recomendaciones de la ADA, ESPEN y la evidencia científica consultada.

6.1.2 Implementación del patrón alimentario mediterráneo

Como eje de la intervención, se propone incorporar progresivamente un patrón alimentario mediterráneo adaptado a los alimentos disponibles en el contexto ecuatoriano. Este patrón se caracteriza por una mayor presencia de verduras, frutas enteras, legumbres, cereales integrales, frutos secos y semillas; uso preferente de aceite de oliva como fuente de grasa cuando sea accesible; consumo regular de pescado; inclusión moderada de lácteos, huevos y carnes blancas; y reducción de carnes procesadas, productos ultraprocesados, azúcares añadidos y grasas saturadas (13,14).

En pacientes con DM2, la evidencia indica que el patrón alimentario basado en la dieta mediterránea resulta beneficioso en la mejora de los valores de hemoglobina glucosilada, además de mejorar el perfil lipídico, la presión arterial y otros indicadores cardiometabólicos. Un metaanálisis publicado en el 2024 encontró una disminución significativa de la HbA1c frente a dietas control, aunque la magnitud de los resultados presentó variabilidad entre los estudios (14).

La adaptación del patrón mediterráneo no implicaría reproducir exclusivamente alimentos europeos. Se podrían mantener sus principios mediante alimentos locales como fréjol, lenteja, garbanzo, chocho, avena, quinua, maíz integral, frutas de temporada, tomate, aguacate, semillas, maní sin sal, pescado y preparaciones caseras con abundantes vegetales. Esta adaptación permitiría mejorar la accesibilidad, la aceptación cultural y la sostenibilidad de la intervención (15).

Dentro del patrón mediterráneo, las técnicas de preparación también tienen relevancia. Un ejemplo es el sofrito, elaborado tradicionalmente con tomate, cebolla, ajo y aceite de oliva extra virgen. Esta combinación aporta compuestos bioactivos, como polifenoles y

carotenoides, cuya biodisponibilidad puede incrementarse durante la cocción con aceite de oliva. En este contexto, estudios recientes han evidenciado que un mayor consumo de sofrito, como parte de una adecuada adherencia al patrón alimentario mediterráneo, se asocia con un menor riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2, lo que refuerza la importancia de promover no solo alimentos saludables, sino también preparaciones culinarias que conserven las características propias de este patrón alimentario (16).

Se sugiere que el plan alimentario incluya verduras en las principales comidas, legumbres varias veces por semana, frutas enteras en lugar de jugos, cereales preferentemente integrales y fuentes de grasa insaturada. El consumo de fruta no debería prohibirse por el diagnóstico de diabetes, sino individualizarse en cantidad, porción y distribución, priorizando la fruta entera y evitando los jugos por su menor contenido de fibra y mayor rapidez de absorción.

6.1.3 Abordaje nutricional de la artritis reumatoide

Considerando la coexistencia de artritis reumatoide, la propuesta incorpora los principios de una alimentación saludable con predominio vegetal y baja presencia de alimentos ultraprocesados. Las recomendaciones europeas sobre estilo de vida en enfermedades reumáticas señalan que las personas con estas patologías deben mantener una dieta equilibrada y procurar un peso saludable como parte del manejo integral (17).

Se propone priorizar el consumo de grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas, fibra, vitaminas, minerales y compuestos fenólicos, entre ellos aceite de oliva, pescado, frutos secos, semillas, frutas, verduras y legumbres. Su incorporación permite mejorar la calidad de la alimentación y aporta nutrientes y compuestos bioactivos relacionados con procesos inflamatorios y de estrés oxidativo. En el caso de la artritis reumatoide, el patrón mediterráneo debe considerarse como parte del manejo nutricional y no como reemplazo del tratamiento farmacológico (18,19).

Por tanto, el beneficio mejor sustentado en este paciente estaría relacionado con la mejora de la calidad de la alimentación, el control del peso, la disminución del riesgo cardiovascular y el aporte de nutrientes potencialmente favorables para la salud inflamatoria, sin atribuirle a la dieta un efecto curativo sobre la artritis reumatoide.

También se plantea limitar carnes procesadas, frituras frecuentes, grasas trans, exceso de grasas saturadas, bebidas azucaradas y productos ultraprocesados. No se justificaría excluir de forma rutinaria grupos completos de alimentos, como lácteos, gluten, solanáceas o legumbres, salvo que exista alergia, intolerancia, enfermedad concomitante o una respuesta individual objetivamente documentada.

6.1.4 Educación diabetológica y nutricional

Considerando que una de las principales necesidades identificadas corresponde a la falta de conocimientos sobre su patología, la propuesta incluye un programa estructurado de educación para el autocuidado. La educación no debería limitarse a la entrega de un menú, sino desarrollar habilidades prácticas que permitan al paciente comprender la relación entre alimentación, insulina, actividad física y glucemia (13).

La educación sobre hipoglucemia resulta prioritaria debido al uso de insulina. El paciente y su familia deberían aprender a reconocer síntomas como temblor, sudoración, palpitaciones, hambre, confusión o somnolencia, así como conocer el procedimiento indicado para su corrección y la necesidad de verificar nuevamente la glucemia después del tratamiento (20).

También se propone emplear una metodología sencilla, participativa y adaptada al nivel de alfabetización en salud del paciente. Para ello, podrían utilizarse fotografías de alimentos, utensilios domésticos, ejemplos de platos y etiquetas reales.

6.1.5 Seguimiento y evaluación

Como parte de la propuesta de atención nutricional y dietoterapéutica, se plantea un seguimiento periódico orientado a valorar la evolución clínica y nutricional del paciente, reforzar las estrategias de educación nutricional y determinar la necesidad de ajustes individualizados. El seguimiento propuesto considera indicadores antropométricos, bioquímicos, clínicos, dietéticos y educativos, entre los que se incluyen:

- Peso corporal y porcentaje de pérdida de peso.
- Índice de masa corporal y circunferencia de cintura.
- Glucosa en ayunas y valores de glucemia capilar.
- Hemoglobina glucosilada.
- Frecuencia de hipoglucemias e hiperglucemias.
- Perfil lipídico y presión arterial.
- Distribución y calidad de los carbohidratos.
- Consumo de frutas, verduras, legumbres, pescado y grasas saludables.
- Adherencia al patrón mediterráneo.
- Conocimientos y habilidades para el autocuidado.
- Dolor, movilidad, funcionalidad y tolerancia al ejercicio.
- Evolución clínica de la artritis reumatoide, evaluada por el equipo médico.

La hemoglobina glucosilada y los registros de glucemia permitirían valorar la evolución del control metabólico, mientras que los episodios de hipoglucemia serían especialmente relevantes para determinar si la distribución de alimentos y el esquema de insulina son adecuados (20).

En conjunto, la propuesta integra los diferentes componentes del manejo nutricional de acuerdo con las necesidades identificadas en el paciente. Además de la terapia médica nutricional y la adaptación del patrón mediterráneo, se incorporan la educación

diabetológica, el manejo del peso, la actividad física y el seguimiento interdisciplinario. Estas acciones buscan mejorar el control glucémico y reducir el riesgo cardiometabólico, además de preservar la funcionalidad y proporcionar al paciente herramientas que favorezcan el manejo de sus enfermedades.

6.1.6 Enfoque interdisciplinario

La propuesta dietoterapéutica requiere desarrollarse de manera coordinada con el equipo multidisciplinario. El médico tratante deberá valorar periódicamente la necesidad de ajustar el esquema de insulinoterapia conforme mejore el control glucémico y se modifique la ingesta alimentaria. De igual manera, el seguimiento por reumatología permitirá monitorizar la actividad clínica de la artritis reumatoide y la respuesta al tratamiento farmacológico, mientras que el apoyo de enfermería reforzará la educación para el autocuidado, el automonitoreo glucémico y la correcta administración de la insulina. Este abordaje integral favorecería una atención centrada en la persona y optimizaría los resultados clínicos (13,18,20).

Conclusiones

1. El análisis integral del caso clínico permitió identificar que la descompensación de la diabetes mellitus tipo 2 no estuvo determinada únicamente por la enfermedad de base, sino por la interacción de múltiples factores modificables, entre ellos el déficit de conocimientos relacionados con la alimentación, los hábitos alimentarios inadecuados, el sobrepeso y la coexistencia de artritis reumatoide.
2. La aplicación del Proceso de Atención Nutricional permitió organizar la información antropométrica, bioquímica, clínica y dietética del caso, así como establecer los diagnósticos nutricionales mediante el formato PES. A partir de este análisis fue posible identificar los principales problemas nutricionales y definir las prioridades que orientaron la propuesta dietoterapéutica.
3. El patrón mediterráneo adaptado al contexto ecuatoriano representa una opción adecuada para orientar la alimentación del paciente, al priorizar alimentos de mejor calidad nutricional y permitir su adaptación a los hábitos y disponibilidad local. Su incorporación, acompañada de educación alimentaria y diabetológica, puede contribuir al control glucémico y favorecer mejores decisiones relacionadas con la alimentación. En el contexto de la artritis reumatoide, este patrón puede formar parte del manejo nutricional, aunque la evidencia disponible sobre sus efectos en la actividad inflamatoria de la enfermedad aún no es concluyente.
4. El análisis del caso muestra que el manejo nutricional de un paciente con diabetes mellitus tipo 2 y artritis reumatoide requiere considerar aspectos que van más allá de la prescripción alimentaria. La educación, el seguimiento nutricional y la participación del equipo interdisciplinario son componentes necesarios para abordar los diferentes factores identificados y favorecer la adherencia al tratamiento y el control de la enfermedad.

Recomendaciones

1. Implementar programas estructurados de educación alimentaria y diabetológica dirigidos a pacientes con diabetes mellitus tipo 2, adaptados a su nivel de alfabetización en salud, con el fin de fortalecer el autocuidado, corregir creencias erróneas sobre la alimentación y mejorar la adherencia al tratamiento nutricional y farmacológico.
2. Individualizar la terapia nutricional considerando el estado nutricional, las comorbilidades, el tratamiento farmacológico, las condiciones socioeconómicas y el contexto cultural del paciente, favoreciendo la adopción de patrones alimentarios saludables, sostenibles y compatibles con la disponibilidad de alimentos locales.
3. Realizar un seguimiento nutricional periódico que permita valorar los cambios en el estado nutricional, los parámetros bioquímicos, la alimentación y los conocimientos adquiridos por el paciente. Esta información facilitará la identificación de avances o dificultades y permitirá realizar los ajustes necesarios en el manejo nutricional.
4. Fomentar el desarrollo de estudios que permitan evaluar la aplicación de patrones alimentarios saludables, como la dieta mediterránea adaptada al contexto latinoamericano, en personas con diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades inflamatorias crónicas. Asimismo, resulta de interés analizar el aporte de la educación diabetológica en el control glucémico, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida.

Listado de referencias

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S1-S344.
2. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*. 11th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2025.
3. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S95-S116.
4. Davies MJ, Aroda VR, Collins BS, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2025. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. 2025;48(1):16-58.
5. Evert AB, Dennison M, Gardner CD, et al. Nutrition therapy for adults with diabetes or prediabetes: A consensus report. *Diabetes Care*. 2019;42(5):731-54.
6. ESPEN guideline on clinical nutrition in diabetes. *Clin Nutr*. 2023;42:1181-1226.
7. Smolen JS, Landewé RBM, Bergstra SA, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. *Ann Rheum Dis*. 2023;82:3-18.
8. Sparks JA, Barbhaiya M, Tedeschi SK, et al. Inflammatory arthritis and cardiovascular disease: mechanisms and management. *Nat Rev Rheumatol*. 2023;19:493-509.
9. Powers MA, Bardsley JK, Cypress M, et al. Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: A consensus report. *Diabetes Care*. 2020;43(7):1636-49.
10. Stubelj M, Teraž K, Poklar Vatovec T. Predicting equations and resting energy expenditure changes in overweight adults. *Zdr Varst*. 2020;59(1):33-41. doi:10.2478/sjph-2020-0005.

11. Thibault R, Abbasoglu O, Ioannou E, Meija L, Ottens-Oussoren K, Pichard C, et al. ESPEN guideline on hospital nutrition. *Clin Nutr*. 2021;40(12):5684-709. doi:10.1016/j.clnu.2021.09.039.
12. Iizuka K, Yabe D. Dietary and nutritional guidelines for people with diabetes. *Nutrients*. 2023;15(20):4314. doi:10.3390/nu15204314.
13. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, Collins BS, Hilliard ME, Isaacs D, Johnson EL, Kahan S, Khunti K, Leon J, Lyons SK, Perry ML, Prahalad P, Pratley RE, Seley JJ, Stanton RC, Young-Hyman D, Gabbay RA, on behalf of the American Diabetes Association. 5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care*. 2023 Jan 1;46(Supple 1):S68-S96. doi: 10.2337/dc23-S005. PMID: 36507648; PMCID: PMC9810478.
14. Zheng X, et al. The effects of the Mediterranean diet on cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *J Health Popul Nutr*. 2024;43.
15. Modelo alimentario mediterráneo adaptado a la realidad ecuatoriana. RENC [Internet]. 2026 Jun. 30 [cited 2026 Aug. 4];11(1):18-23. Available from: <https://senpeazuay.org.ec/ojs/index.php/renc/article/view/75>
16. Calderón P, Villamagua-Godoy L, Cárdenas-Mazón V, Montalván M, Suárez R, Chapela S, Bautista-Valarezo E, Frias-Toral E. Sofrito and Fruit Consumption Associated with Lower Risk of Type 2 Diabetes in an Urban Latin American Cohort. *Nutrients*. 2026; 18(7):1024. <https://doi.org/10.3390/nu18071024>
17. Gwinnutt JM, Wiecezorek M, Balanescu A, Bischoff-Ferrari HA, Boonen A, Cavalli G, et al. 2021 EULAR recommendations regarding lifestyle behaviours and work participation to prevent progression of rheumatic and musculoskeletal diseases. *Ann Rheum Dis*. 2023;82(1):48-56.
18. Mostafaei R, et al. Association of Mediterranean diet pattern with disease activity in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Nutr ESPEN*. 2024;60:246-252.

19. Fahey B, et al. Adherence to a Mediterranean diet and severity of pain and gastrointestinal symptoms in Australian adults with rheumatoid arthritis. *Mediterr J Rheumatol*. 2025.
20. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 6. Glycemic goals and hypoglycemia: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*. 2024;47(Suppl 1):S111-S125.

Apéndices

APÉNDICE A. Recordatorio de 24 horas utilizado para la valoración dietética del paciente

Tiempo de comida	Alimentos consumidos
Desayuno	3 cucharadas de arroz blanco cocido preparado con manteca de cerdo, 1 tortilla elaborada con un huevo frita en abundante aceite, 2 cucharadas de menestra de fréjol y 200 mL de jugo de tomate de árbol sin azúcar.
Almuerzo	200 g de arroz blanco preparado con manteca de cerdo, ½ yuca mediana cocida o ½ taza de mote, 2 cucharadas de ensalada de lechuga y tomate y 60 g de pollo estofado.
Merienda	200 g de arroz blanco cocido, 1 plátano verde pequeño cocido, 60 g de carne de res estofada y 200 mL de avena Quaker con naranjilla endulzada con una cucharada de azúcar.

La información obtenida mediante el recordatorio de 24 horas permitió identificar un patrón alimentario caracterizado por un elevado consumo de carbohidratos refinados y grasas saturadas, una limitada incorporación de frutas, verduras y alimentos fuente de fibra dietética, así como preparaciones culinarias con predominio de manteca de cerdo, información que sirvió de base para la valoración dietética y el diseño de la propuesta dietoterapéutica.

APENDICE B. Material educativo para el paciente



MI ALIMENTACIÓN MI SALUD

Pequeños cambios hoy,
mejoran mi calidad de vida
mañana.

RECUERDA:

Una alimentación saludable, actividad física regular y el tratamiento prescrito por su médico, le ayudarán a mantener su diabetes bajo control.



1. EL PLATO SALUDABLE

Llena tu plato así en cada comida:

**½ plato
Verduras**
De todos los colores.
Aportan fibra, vitaminas y minerales.



**¼ plato
Carbohidratos**
Prefiere integrales como arroz integral, quinoa, avena, papa, yuca, mote.

**¼ plato
Proteínas**
Carnes magras, pollo sin piel, pescado, huevos, leguminosas (lentejas, fréjol, garbanzos, arvejas).

Agua
6 a 8 vasos al día.

2. ¿QUÉ ALIMENTOS PREFIERO?

- ✓ Verduras frescas todos los días.
- ✓ Frutas enteras (no en jugo), preferiblemente con cáscara.
- ✓ Cereales integrales: avena, quinoa, arroz integral, pan integral.
- ✓ Leguminosas: lentejas, fréjol, garbanzos, arvejas.
- ✓ Proteínas saludables: pescado, pollo sin piel, huevo, carnes magras.
- ✓ Grasas saludables: aceite de oliva, aguacate, frutos secos (en poca cantidad).
- ✓ Agua, infusiones sin azúcar.

3. ¿QUÉ ALIMENTOS DEBO LIMITAR?

- ✗ Azúcares: dulces, caramelos, chocolates, postres, miel, azúcar de mesa.
- ✗ Bebidas azucaradas: gaseosas, jugos envasados, té endulzado.
- ✗ Harinas refinadas: pan blanco, arroz blanco en exceso, fideos.
- ✗ Frituras y comida rápida.
- ✗ Embutidos y carnes con mucha grasa.
- ✗ Alcohol: limita su consumo.
- ✗ Exceso de sal y condimentos industriales.

4. DISTRIBUYE TUS COMIDAS

Realiza 3 comidas principales y 2 colaciones saludables.

Desayuno

Media mañana

Almuerzo

Merienda

Cena

• Comer en horarios regulares ayuda a mantener estables los niveles de azúcar.

• No omitas comidas, especialmente si usas medicamentos para la diabetes.

5. TIPS IMPORTANTES

- Mantén un peso saludable.
- Realiza actividad física al menos 30 minutos al día, según indicación médica.
- Toma tus medicamentos como fue indicado.
- Monitorea tu glucosa según indicación de tu equipo de salud.
- Duerme bien y maneja el estrés.

6. MENSAJES CLAVE

- ♥ La alimentación es parte de tu tratamiento.
- ♥ Pequeños cambios diarios hacen una gran diferencia.
- ♥ Tú eres el principal responsable de tu salud. ¡Tú puedes lograrlo!

✓ **RECUERDA:** Cada persona es diferente. Sigue siempre las recomendaciones de tu médico y nutricionista.

¡TU SALUD ESTÁ EN TUS MANOS!



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



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

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Villamagua Godoy, Luisa María, con C.C: 1103391965 autora del trabajo de titulación: **Propuesta de abordaje nutricional y dietoterapéutico basado en evidencia para el manejo integral de un paciente con diabetes mellitus tipo 2 descompensada y artritis reumatoide: análisis retrospectivo de un caso clínico**, previo a la obtención del grado de **MAGÍSTER EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN NUTRICIÓN CLÍNICA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 23 de septiembre de 2026.



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
LUISA MARIA
VILLAMAGUA GODOY

f. _____

Nombre: Villamagua Godoy, Luisa María
C.C: 1103391965

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Propuesta de abordaje nutricional y dietoterapéutico basado en evidencia para el manejo integral de un paciente con diabetes mellitus tipo 2 descompensada y artritis reumatoide: análisis retrospectivo de un caso clínico.		
AUTORA	Lcda. Luisa María Villamagua Godoy		
REVISORA/TUTORA	Dra. Alexandra Bajaña Guerra		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Subsistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Nutrición y Dietética con mención en Nutrición Clínica		
GRADO OBTENIDO:	Magíster en Nutrición y Dietética con mención en Nutrición Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	23-09-2026	No. DE PÁGINAS:	31
ÁREAS TEMÁTICAS:	Nutrición clínica; Dietoterapia; Enfermedades crónicas no transmisibles; Diabetes mellitus tipo 2.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Proceso de Atención Nutricional, diabetes mellitus tipo 2; terapia médica nutricional; dieta mediterránea; artritis reumatoide; educación diabetológica.		

RESUMEN/ABSTRACT

La diabetes mellitus tipo 2 constituye una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial y representa un importante desafío para los sistemas de salud debido a su elevada prevalencia, el riesgo de complicaciones y la necesidad de un manejo integral. La coexistencia con enfermedades inflamatorias crónicas, como la artritis reumatoide, incrementa la complejidad del tratamiento nutricional, por lo que resulta indispensable diseñar intervenciones individualizadas y fundamentadas en evidencia científica. El objetivo del presente trabajo fue diseñar una propuesta de abordaje nutricional y dietoterapéutico para un paciente adulto con diabetes mellitus tipo 2 descompensada, sobrepeso y artritis reumatoide, fundamentada en la mejor evidencia científica disponible y orientada a optimizar el control metabólico, mejorar el estado nutricional y fortalecer la adherencia al tratamiento. Se desarrolló un estudio de caso clínico retrospectivo, tomando como base la información secundaria proveniente de los datos clínicos, antropométricos, bioquímicos y dietéticos disponibles en el caso, sin realizar una intervención directa ni una nueva valoración del paciente. La propuesta fue elaborada siguiendo la metodología del Proceso de Atención Nutricional (Nutrition Care Process), mediante la integración de la evaluación antropométrica, bioquímica, clínica y dietética, la formulación de diagnósticos nutricionales en formato PES y una búsqueda narrativa de evidencia científica reciente en bases de datos biomédicas y guías internacionales de práctica clínica. La propuesta Dietoterapéutica se planteó de acuerdo con las necesidades identificadas en el paciente. Se establecieron los requerimientos nutricionales, distribución de macronutrientes basada en evidencia, y se propuso un patrón alimentario mediterráneo adaptado al contexto ecuatoriano. El abordaje también contempló educación alimentaria y diabetológica, seguimiento nutricional y participación del equipo multidisciplinario. El análisis permitió identificar como problema prioritario el déficit de conocimientos relacionados con la alimentación y nutrición, aspecto que influye tanto en el control glucémico como en la calidad de su alimentación.

ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-997201839	E-mail: luisa.villamagua@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Alexandra Josefina Bajaña Guerra	
	Teléfono: +593-4-3804600	
	E-mail: alexandra.bajana@cu.ucsg.edu.ec	

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