



UNIVERSIDAD DE
C IENCIAS **MEDICAS**
"Dr. Raúl Dorticós Torrado"^N

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN NUTRICIÓN
EN
GINECOBSTETRICIA

Título: Hábitos alimentarios en las
gestantes con diabetes gestacional

Integrantes: Beatriz Josefa Rodríguez Senrra¹

Melissa Ibet Herrera Curbelo¹

Jaime Enoydes Machado¹

Tutor: Anisley Cazaña Hernández²

¹ Estudiantes de Licenciatura Enfermería de tercer año

² Licenciada en Nutrición

Resumen:

La diabetes gestacional es una enfermedad con una prevalencia del 7% a nivel mundial, Esta patología se ha asociado con el aumento en los casos de sobrepeso y obesidad en mujeres, los cuales se convierten en factores de riesgo para llegar a desarrollar no solo esta sino otras enfermedades metabólicas. En el Hospital Universitario Gustavo Aldereguía Lima se estudió una muestra de ocho mujeres con diabetes gestacional en el período de septiembre a noviembre del 2019 que son atendidas por la unidad de Ginec Obstetricia y la Clínica de Diabetes, donde reciben una atención integral basada en la terapia medica nutricional. Objetivo: Realizar la valoración nutricional inicial y el seguimiento de la población con diabetes gestacional. Justificación: con el fin de hacer la caracterización de la población e identificar los hábitos alimentarios, así como impacto y el grado de adherencia que tienen a la terapia brindada.

Palabras claves: Diabetes gestacional, valoración nutricional, hábitos alimentarios, terapia nutricional

Introducción

La diabetes gestacional es una enfermedad que se presenta en el 7% de todos los embarazos causando comorbilidades que pueden afectar tanto a la mujer como a su hijo. Esta entidad se presenta en un 90% como diabetes gestacional y en un 10% como diabetes tipo 1 o 2 con diagnóstico previo al embarazo. La prevalencia de diabetes gestacional depende de la población y de las características de riesgo que tengan, así como de los criterios de diagnóstico utilizado. (1,2)

Según la Asociación Americana de Diabetes, la diabetes Gestacional se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa con inicio o primer reconocimiento durante el embarazo. Esta patología afecta a 1 de cada 25 embarazos en el mundo, tiene una prevalencia del 7%, resultando en más de 200.000 casos anuales. Esta cifra puede variar dependiendo del tipo de prueba de diagnóstico empleada y de la población (3,4).

Entre los principales factores de riesgo para desarrollar diabetes gestacional se encuentran: exceso de adiposidad (IMC > 25kg/m²), edad materna avanzada (>30 años), historia familiar en primer grado de diabetes mellitus tipo 2, historia personal de diabetes gestacional, antecedente obstétrico adverso (muerte fetal), macrosomía (peso fetal > 4000 g), pertenecer a un grupo étnico de alto riesgo en especial las mujeres hispanas, asiáticas, africano americana y nativas americanas (5,6).

La diabetes gestacional ha sido relacionada con consecuencias negativas en la salud materna y perinatal tanto a corto como a largo plazo. Las mujeres con diabetes gestacional presentan un mayor riesgo de presentar complicaciones como (7): preeclampsia, parto por cesárea, muerte fetal o perinatal, parto pretérmino, entre otros; donde el sobrepeso se convierte en un factor predisponente para que se den estas complicaciones. Adicionalmente la ganancia excesiva de peso durante el embarazo incrementa el riesgo de presentar intolerancia a la glucosa o Diabetes Tipo 2 después del embarazo (6).

Los hijos de mujeres con diabetes presentan un riesgo adicional de presentar complicaciones como: malformaciones y abortos, donde las alteraciones están dadas por hiperglucemias en el periodo de organogénesis, este riesgo es directamente proporcional al porcentaje de HbA1C preconcepcional ya que niveles de HbA1c >9 % se han relacionado con abortos espontáneos en el 12% de los casos (7).

El tratamiento nutricional es utilizado en el 70% de los casos de mujeres con diabetes gestacional, en donde la dieta constituye el eje del tratamiento (8). En este sentido, una de las cuestiones más estudiadas es la calidad y la cantidad de carbohidratos que constituyen la dieta, ya que el consumo excesivo de carbohidratos simples y los alimentos de alto índice glucémico se convierten en un factor de riesgo para padecer Diabetes Tipo 2 (9). Se recomienda un aporte de 40-45% a partir de carbohidratos, además de alimentos con bajo índice glucémico los cuales además mejoran la ingesta de algunos micronutrientes y de fibra (10, 11).

Por otro lado, existe evidencia científica que muestra que la actividad física puede influenciar en la homeostasis de glucosa, y por lo tanto directa o indirectamente la sensibilidad y el efecto de la insulina. Se recomienda una actividad de mínimo 30 minutos al día la cual reduce en un 20% el riesgo de desarrollar diabetes gestacional (12).

Las intervenciones que incluyen tratamiento nutricional, cambios en el estilo de vida (actividad física) y educación y vigilancia nutricional, tienden a reducir la frecuencia o el exceso de peso ganado durante el embarazo, sin embargo, este resultado tiene mayor impacto en aquellas mujeres que empiezan el embarazo con un peso normal, a diferencia de las mujeres que se encuentran en sobrepeso u obesidad (15).

Con respecto al tratamiento farmacológico de la diabetes gestacional, se ha recomendado que la intervención médica de primera línea sea la insulina, empleando las que tengan menor transferencia de anticuerpos anti insulina, ausencia de teratogenia y sobretodo un adecuado control glucémico. Las insulinas regular, aspart y lispro cumplen con estos criterios (13,14). Por otro lado, existen estudios que han evaluado la eficacia de los antiabéticos orales (metformina y glibenclamida), encontrando relación con efectos secundarios que pueden constituir un factor de riesgo al tener la capacidad de atravesar la barrera placentaria (15, 16).

La intervención nutricional es una herramienta clave para el tratamiento de la diabetes gestacional, ya que permite lograr un mejor control metabólico, trayendo un beneficio materno y fetal al disminuir las complicaciones y el riesgo de presentar diabetes mellitus. Los cambios que se hagan en la alimentación durante este periodo podrían llegar a ser la base para la formación de nuevos hábitos de vida saludable.

OBJETIVO GENERAL:

Estudiar la población y los hábitos alimentarios en el grupo de embarazadas con DG del Hospital Universitario Gustavo Aldereguía Lima

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar la edad de las mujeres con diabetes gestacional

Analizar el IMC previo al embarazo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio a realizar:

Se realizó un estudio descriptivo.

Los datos fueron recogidos entre septiembre y noviembre del 2019

Las pacientes ingresaron a dicho Instituto con el diagnóstico de diabetes gestacional, después de haberse realizado la Prueba Oral de Tolerancia a la Glucosa, indicado por su obstetra.

Desarrollo

Después de obtener el borrador del formulario a partir de la revisión bibliográfica y las entrevistas a los expertos se ejecutó una muestra de ocho gestantes que fueron atendidas por el servicio de ginecología entre septiembre y noviembre de 2019. Durante este periodo fueron hospitalizadas 20 mujeres con diabetes gestacional para control glucémico, valoración nutricional y educación (figura 1), sin embargo, nueve (45%) de ellas no cumplían con los criterios de inclusión: siete mujeres (35%) tenían diabetes pre gestacional (cinco diabetes tipo 1 y dos mujeres diabetes tipo 2), dos (10%) intolerancia a los carbohidratos. Además, se encontraron tres casos de mujeres con diabetes gestacional propia con embarazo gemelar, siendo este otro criterio de exclusión. Al final quedo una muestra de ocho mujeres con diabetes gestacional propia que cumplían con todos los criterios, a las cuales se les realizó la valoración nutricional inicial empleando el formulario. Después de que los datos fueron recolectados se hizo el análisis de los mismos con el fin de evaluar los hábitos alimentarios y el impacto de la terapia médica y nutricional en el control glucémico materno y los desenlaces perinatales.

Datos generales

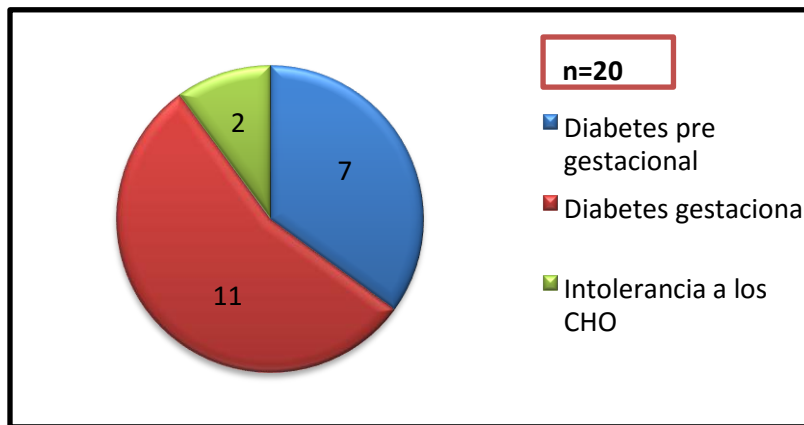


Figura 1. Distribución de las mujeres atendidas por el servicio de ginecología según tipo de diabetes entre octubre y noviembre de 2019.

Todas las mujeres que se estudiaron, la mitad de ellas tenía algún antecedente familiar en primer grado de diabetes y no realizaban actividad física; con respecto a la edad, la mayoría eran mayores de 30 años, y el resto correspondían a dos mujeres de 24 años de edad. Según el estado civil, cuatro de ellas eran casadas, una en unión libre y una soltera. En cuanto a la ocupación, cinco tenían algún trabajo remunerado, mientras que las otras tres mujeres eran amas de casa (figura 2).

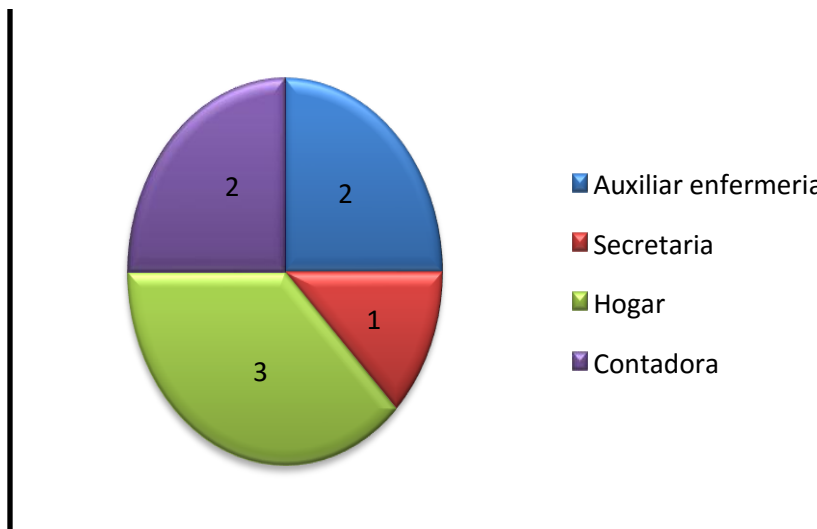


Figura 2. Distribución de las mujeres con diabetes gestacional según ocupación.

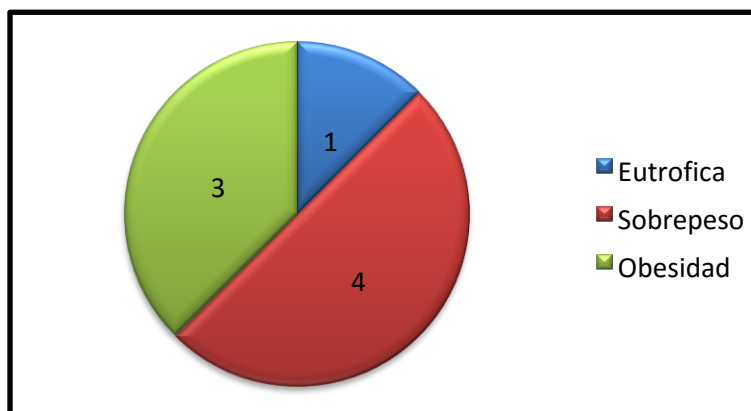


Figura 3. Distribución de las mujeres con diabetes gestacional según estado nutricional antes del embarazo.

Se aprecia que de las ocho mujeres a las que se les hizo la valoración nutricional, siete presentaba exceso de peso al iniciar el embarazo. Este estaba dado por cuatro casos de sobrepeso y tres de obesidad. Por otro lado, solamente una mujer inició el embarazo en normalidad

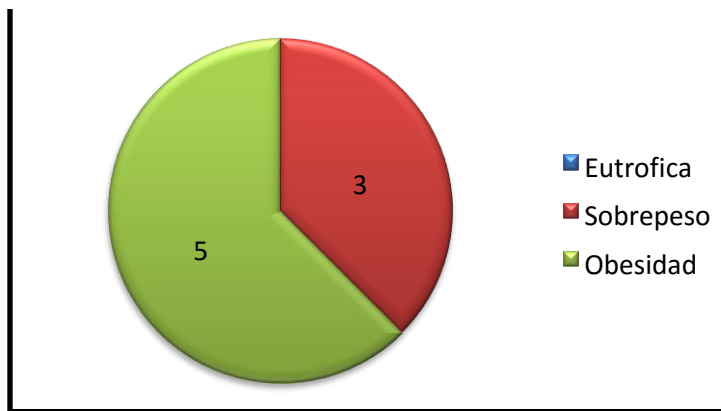


Figura 4. Distribución de las mujeres con diabetes gestacional según estado nutricional al momento de la valoración nutricional.

Se puede ver que al momento de la valoración nutricional todas las mujeres se encontraban con exceso de peso, dado por cinco casos en sobrepeso y tres en obesidad según la clasificación del IMC para la edad gestacional. Esto indica que incluso la mujer que inició su embarazo con un peso normal había tenido una ganancia elevada de peso y su clasificación al momento de la valoración ya era sobrepeso

Anamnesis alimentaria.

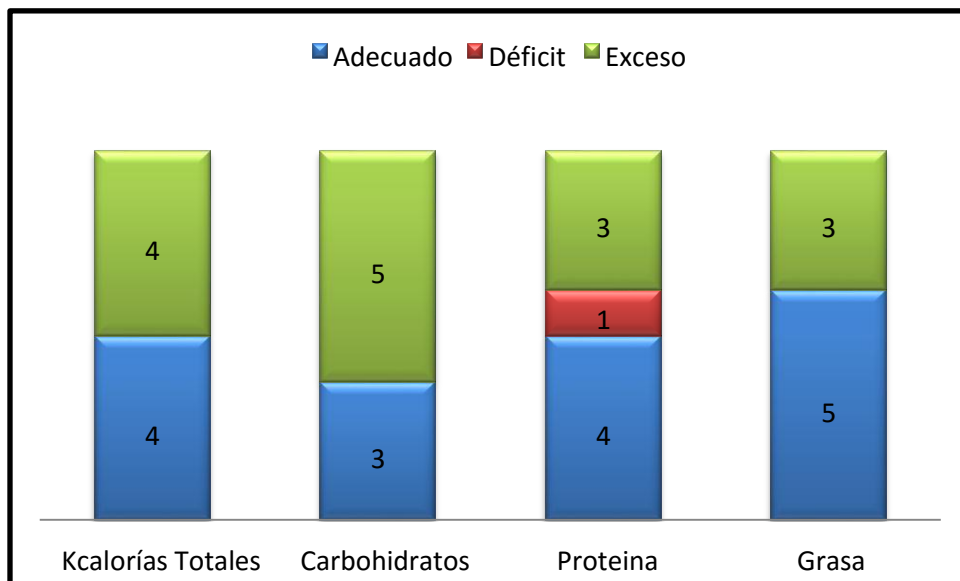


Figura 5. Distribución de las mujeres con diabetes gestacional según el porcentaje de adecuación de la ingesta según el recordatorio de 24 horas.

Se observa que según el recordatorio de 24 horas habitual (en casa), hay una tendencia al exceso en cuanto al consumo de calorías totales a expensas de carbohidratos; comportamiento encontrado en cinco de las ocho gestantes. La mayoría tiene un consumo adecuado de grasas y solamente en un caso se evidenció déficit en el aporte de proteína.

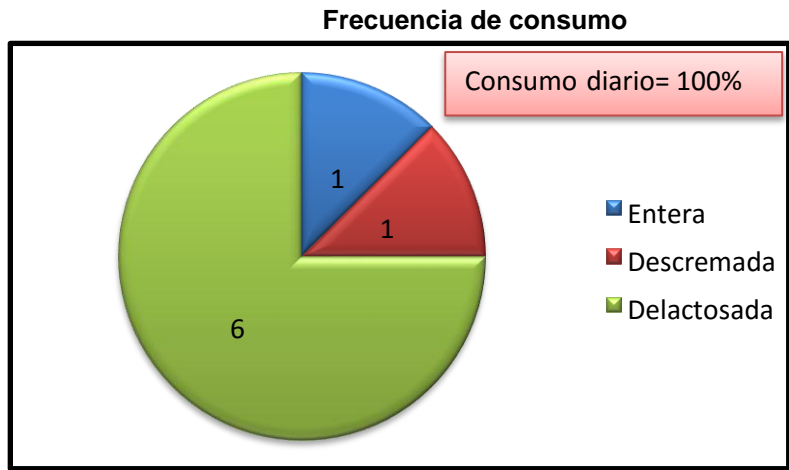


Figura 6. Distribución de las mujeres con diabetes gestacional según el consumo diario de lácteos.

Todas las gestantes consumen diariamente lácteos, sin embargo, al hacer la diferenciación por tipo de leche se encontró que seis de ellas consume lácteos deslactosados, y solo dos gestantes consumen lácteos descremados y enteros. Este comportamiento es secundario a la presencia de síntomas gastrointestinales por intolerancia a la lactosa o en algunos casos por indicación médica sin presentar intolerancia.

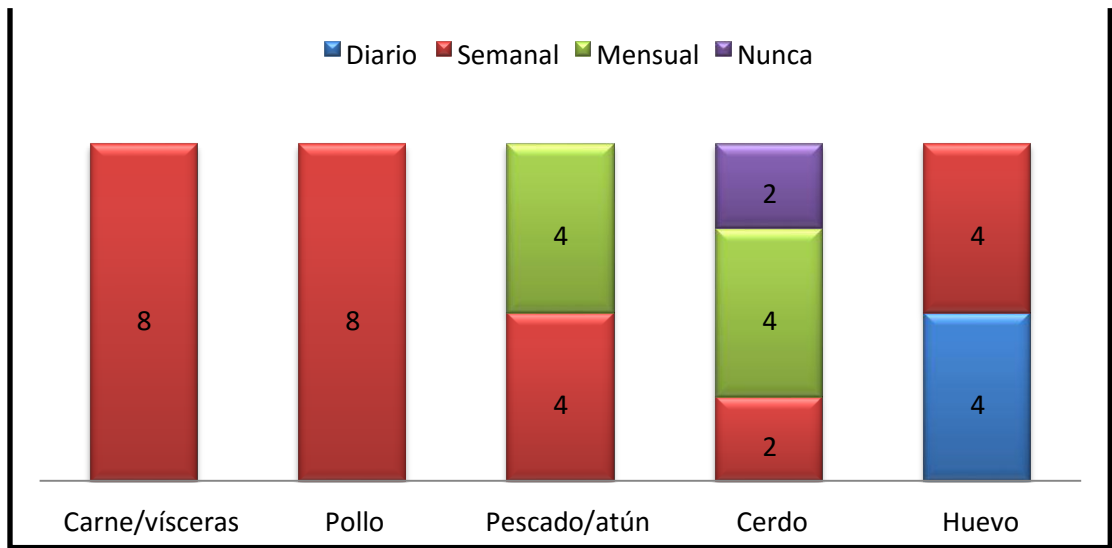


Figura 7. Distribución de las mujeres con diabetes gestacional según el consumo de carnes y huevo.

Se evidencia que el aporte de proteína de alto valor biológico es adecuado por parte de las ocho gestantes, siendo mayor el consumo de carne roja y pollo, seguido por pescado/atún. El consumo de huevo es frecuente ya que se hace diario o varios días a la semana.

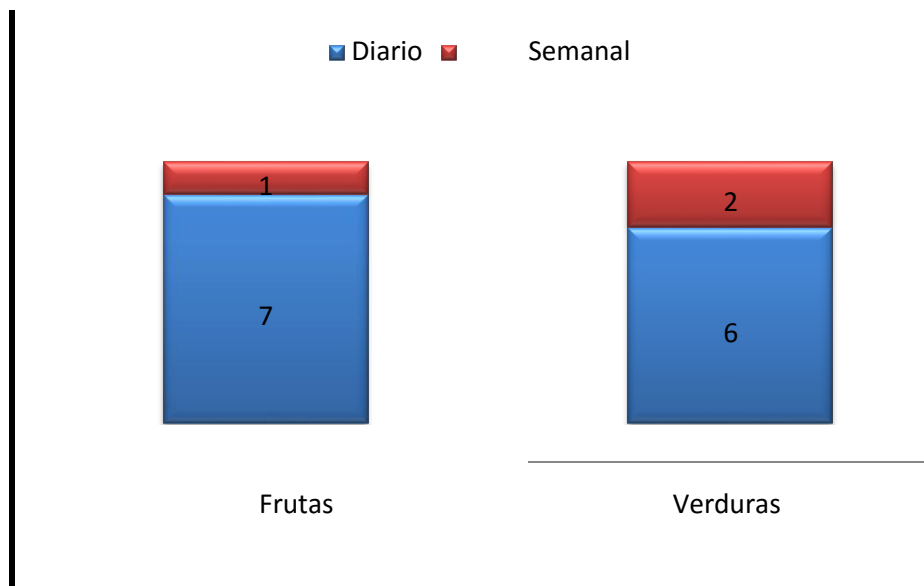


Figura 8. Distribución de las mujeres con diabetes gestacional según el consumo de frutas y verduras.

A pesar de que siete de las ocho gestantes refiere consumir frutas y verduras a diario, la cantidad y el tamaño de las porciones está por debajo de lo recomendado.

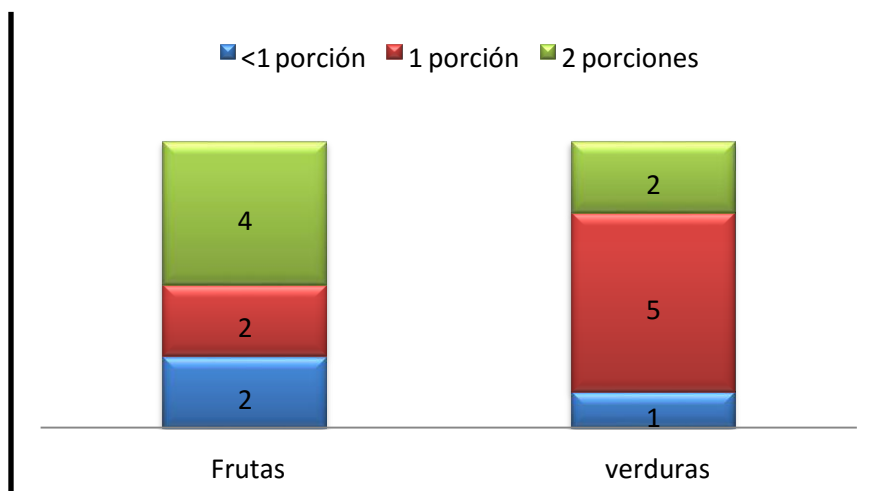


Figura 9 Distribución de las mujeres con diabetes gestacional según el consumo diario por porciones de frutas y verduras.

Al hacer la distinción entre el consumo de frutas y verduras en el día en porciones, se encontró que la mitad de las gestantes consume dos frutas en el día, mientras que cinco de ellas solo incluyen una vez al día en su alimentación algún tipo de verdura u hortaliza. En cuanto al consumo de jugos, siete gestantes refirieron consumir jugos naturales, de las cuales tres lo hacen con azúcar normal y cuatro no agregan ningún tipo de edulcorante natural o artificial. Solo hubo un caso en el que se refirió no tomar jugos, sin embargo, estos eran reemplazados por jugos industrializados o bebidas azucaradas.

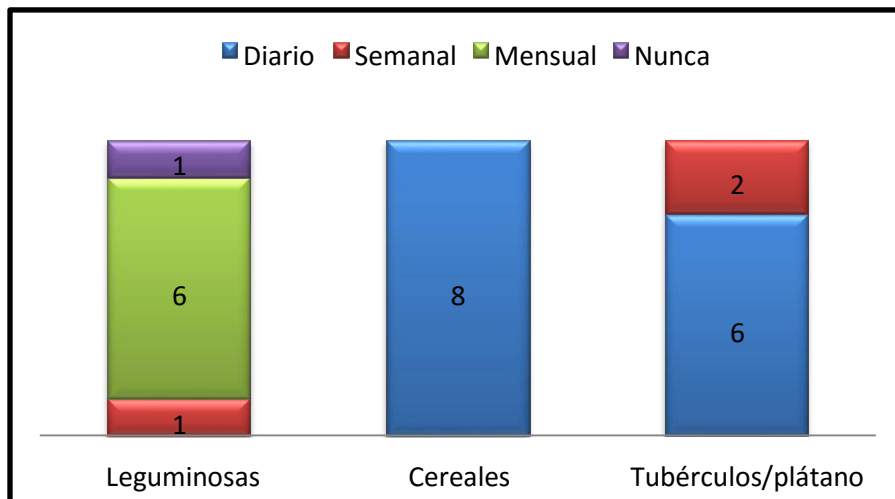


Figura 10. Distribución de las mujeres con diabetes gestacional según el consumo de leguminosas, cereales, tubérculos y plátano. Siendo los carbohidratos la principal fuente de energía diaria, se evidencia que el consumo de carbohidratos complejos diario está dado principalmente por el consumo de arroz blanco en los ocho casos seguidos por el consumo de tubérculos y plátanos. Se observa además que el consumo de leguminosas no es tan frecuente siendo principalmente mensual.

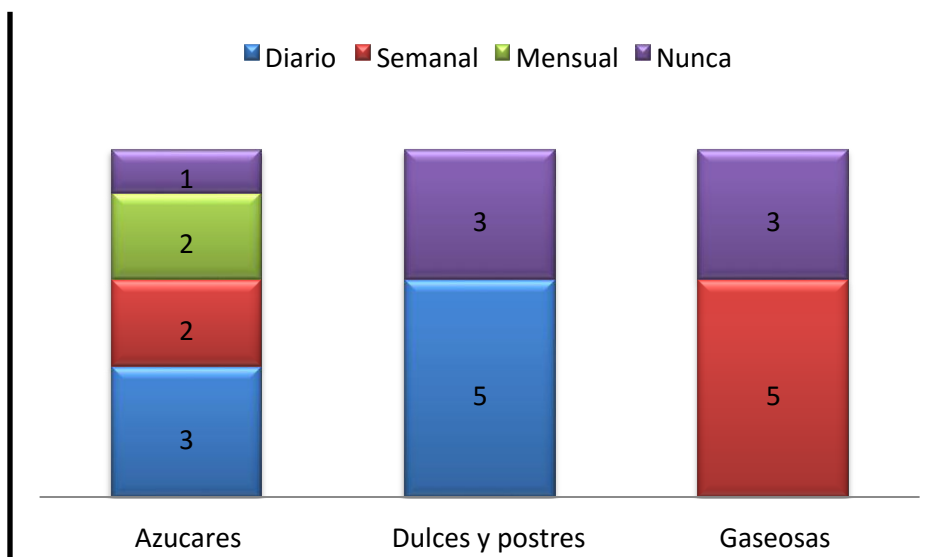


Figura 11. Distribución de las mujeres con diabetes gestacional según el consumo de azúcares, dulces y gaseosas.

Se aprecia una ingesta excesiva de carbohidratos simples a expensas del consumo de dulces y postres, azúcar de mesa normal y gaseosas en cinco de los ocho casos. Cabe resaltar que de las cinco gestantes que reportaron tomar gaseosas semanalmente solo una reportó tomar gaseosa.

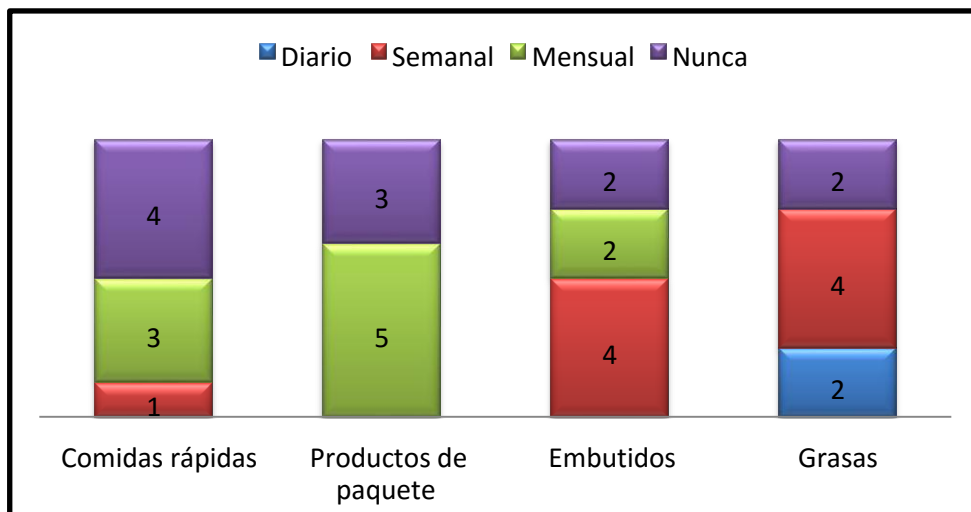


Figura 12. Distribución de la población con diabetes gestacional según el consumo de comidas rápidas, productos de paquete, embutidos y grasa.

Se aprecia que el consumo diario de alimentos fuente de grasa esta dado solo por alimentos en preparaciones fritas, lo cual se observó en dos de los ocho casos. Estos además, son consumidos por la mitad de la población una o varias veces en la semana junto con los embutidos. Se observa además que la mayoría de la población consume productos de paquete mensualmente y la ingesta de comidas rápidas no es tan frecuente.

Los requerimientos tanto de energía y nutrientes son diferentes en el embarazo y condicionan el bienestar y salud de la madre y el feto. Por esto, es importante evaluar el consumo diario de los alimentos que tienen mayor importancia durante este proceso, y en el caso de la población con diabetes gestacional, hacer un mayor énfasis en los alimentos fuente de carbohidratos tanto simples como complejos.

En principio, todas las pacientes con diabetes gestacional deben ser tratadas con dieta, ya que la utilización de hipoglucemiantes orales está contraindicada en la gestación. Sólo si la dieta resulta insuficiente para conseguir y mantener el control glucémico se utilizará la insulino terapia, instaurada y controlada en la unidad de diabetes y embarazo en donde la gestación se seguirá desde una doble vertiente: metabólica y obstétrica. El principal objetivo del control metabólico consiste en mantener la EUGLUCEMIA para evitar complicaciones obstétricas y perinatales sin provocar perjuicios para la salud materna.

DISCUSIÓN

En la unidad de ginecobstetricia se atiende a un gran número de mujeres con diabetes gestacional, las cuales presentan varios factores de riesgo que condicionan este fenómeno. En la caracterización de la población, los resultados que arrojó la encuesta muestran que todas las mujeres provienen de Cienfuegos, la mitad tienen antecedentes en primer grado de diabetes, su edad supera los 30 años, presentan algún grado de exceso de peso, principalmente sobrepeso, no realizan actividad física y su patrón alimentario es inadecuado.

En cuanto al estado nutricional, siete de las ocho mujeres iniciaron el embarazo con exceso de peso, cuatro en sobrepeso y tres en obesidad. En el momento de la valoración inicial todas presentaban exceso de peso dado por cinco casos de obesidad y tres de sobrepeso, lo cual indica que el estado nutricional pre gestacional, la ganancia de peso no controlada y los inadecuados hábitos alimentarios dados por un alto consumo de carbohidratos simples y complejos, podrían condicionar la situación nutricional de las gestantes, predisponiéndolas a tener complicaciones durante y después del parto, así como desarrollar diabetes mellitus después del embarazo..

Los requerimientos nutricionales durante esta etapa son diferentes y por lo tanto especiales, ya que condicionan el estado de salud de la madre y el feto. Al analizar la frecuencia de consumo se encuentra que todas las gestantes tienen un adecuado consumo de proteína de alto valor biológico y un adecuado consumo de grasa, sin embargo, se evidencia un exceso en el consumo de calorías totales a expensas de carbohidratos complejos y simples así como de alimentos de alto índice glucémico, como los jugos de fruta natural, gaseosas y dulces, lo cual se evidencio en cinco de las ocho gestantes.

El tratamiento nutricional final se hizo de acuerdo a los criterios encontrados en la literatura donde dietas de 1200 calorías con un aporte de 135g de carbohidrato, 75g de proteína y 45g de grasa han mostrado un efecto positivo en el control de peso materno y en control glucémico. Sin embargo, este tratamiento ha estado enfocado únicamente en mujeres que presentan exceso de peso. Por esta razón, y por las características nutricionales donde prevalece el exceso de peso y los inadecuados hábitos alimentarios en la población con diabetes gestacional que acude al Hospital Gustavo Aldereguía Lima se determinó un tratamiento estándar para todas las pacientes hospitalizadas con base a estos criterios.

Todo lo anterior permitió identificar las variables a las que se justifica hacer seguimiento durante la gestación (la alimentación, el estado nutricional incluyendo la ganancia de peso, y el control glucémico) en población con diabetes gestacional, ya

que al ser factores modificables pueden convertirse en factores protectores ante el desarrollo de complicaciones maternas y perinatales, así como mejorar la calidad de vida y la salud de la madre y el feto.

Finalmente se construyó un formulario junto con su instructivo, enfocado en la población con diabetes gestacional, que permite identificar y hacer seguimiento a los factores de riesgo que puedan condicionar el estado metabólico, nutricional y de salud materno, influyendo en los desenlaces perinatales.

Conclusiones

Este trabajo pretendió realizar la valoración nutricional inicial y el seguimiento de la población con diabetes gestacional, con el fin de hacer la caracterización de la población e identificar los hábitos alimentarios así como impacto y el grado de adherencia que tienen a la terapia brindada. Una intervención integral está constituida por tres aspectos: el tratamiento nutricional, cambios en el estilo de vida (actividad física) junto con educación y hábitos alimentarios, asegurando de esta forma el éxito de la misma.

Recomendaciones

Para la dieta de la embarazada diabética se debe tomar en consideraciones el índice glicémico y la carga glicémica de los alimentos

La dieta debe adaptarse individualmente a cada embarazada, teniendo en cuenta el peso al inicio del embarazo. Debe ser completa, variada, equilibrada y suficiente

Un mismo alimento puede variar considerablemente su índice glicémico, dependiendo de varios factores. Por ejemplo, mientras más maduro esté un plátano fruto más alto es su índice glicémico; igualmente en las pastas será más elevado, mientras más cocidas y blandas estén.

El aporte energético debe distribuirse en tres comidas (desayuno, almuerzo y comida) y tres merienda (a media mañana ,a media tarde y al acostarse).Se recomienda que este aporte nunca sea menor de 1800 Kcal

Referencias bibliográficas

1. Mendoza H., Aschner P., Acosta T., Damm P., Bande A., Diaz Bernier A. et al. Detección manejo de diabetes gestacional. IASDPG, Publicado en Diabetes Care. Marzo 2010.
2. Faingold M.C., Lamela C., Gheggi M., Lapestosa S., Di Marco I. et al. Recomendaciones para gestantes con diabetes. Conclusiones del Consenso reunido por convocatoria del Comité de Diabetes y Embarazo de la SAD. 2008.
3. Dr. CM A. Márquez Guillén, Porf. Dr J. Alvariñas. Dra M C. Faingold. Dr J. Lang Prieto. Dra B. Rodriguez Anzardo et al. Consenso Latinoamericano de Diabetes y Embarazo. La Habana 2007.
4. M.A. Sancho, M. Diez, L. Armengod, C. García, E. Faure. Dietoterapia y monitorización ambulatoria de la glucosa capilar. Av. Diabetol. 2006 22 (2). 126-131.
5. L.N. I. Santoyo Riva Palacio. Diabetes Gestacional. Nutrición Clínica. Universidad Autónoma de Durango. Noviembre de 2012.
6. Dra. L. Susana Voto, Dra. A. Nicolotti, Dra. L. Salcedo, Dra. M. M. Gonzalez Alcántara, Dr. J. C. Nasiff, Dra. A. Elizalde Cremonte Ortiz. Consenso de Diabetes. Recopilación, actualización y recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes gestacional. Septiembre de 2012.
7. Dra. M. N. Basualdo, Dra. I. Di Marco, Lic. M. R. Ramirez, Dra. F. A. Dabresia. Guía de Práctica Clínica: Diabetes y embarazo. Hospital Ramón Sardá. Abril 2010.
8. Dra. M. Roses, Dr. J. Rosas Guzman. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. PAHO 2010. 17-24 a 26.
9. Nota descriptiva N°312. Noviembre 2014. Diabetes. OMS.
10. Diabetes Care 01- 2015, Vol. 38 No. Suplemento 1 S 8-S 16. Standards of Medical Care in Diabetes. ADA.
11. Guía NICE. nice.org.uk/guidance/ng3. 2015
12. Servicio Diabetología Hospital Córdoba. Diabetes Gestacional. Disponible: en diabeteshospitalcordoba.com
13. Diabetes Care. 2010 Mar; 33 (3): 690-691. doi: 10.2337 / dc09-2306. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups. Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. ADA.

14. Organización Mundial de la Salud. OMS.

http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/.

15. OMS. http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/

16. Atalah E, Castillo C, Castro R, Amparo-Aldea P. 1997. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. *RevMed Chile*. Volumen 125:1429-1436.

El plato: distribución de los alimentos



Gineco obstétricos: G..... P..... A..... Tipo de parto: Cesárea Natural

Complicaciones maternas anteriores	N.R	SI
Complicaciones durante el parto anteriores SI	N.R	
Complicaciones neonatales anteriores	N.R	SI

III. PARÁMETROS BIOQUÍMICOS

Método de diagnóstico						
O Sullivan		> 140 mg/dl				
Curva de tolerancia		Ay: 92; 1h: 180; 2h: 153 mg/dl				
Fecha control		1.	2.	3.	4.	5.
	Meta					
HbA1C	<6%					
Glicemia pre	<92mg/dl					
Glicemia pos	<120mg/dl					

IV. MEDICAMENTOS

1. Manejo metabólico actual:

Hipoglucemiantes SI	_____
Insulina SI	_____
N.R	_____

2. Otros medicamentos SI

V. VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

RECORDATORIO DE 24 HR HABITUAL (CASA)

TIEMPO DE COMIDA	PREPARACIÓN	ALIMENTOS	CANTIDAD (medida casera)
DESAYUNO			
NUEVES			
ALMUERZO			
ONCES			
CENA			

DISTRIBUCIÓN Y APOORTE CALÓRICO

	Gramos	Kcal	%VCT
Carbohidratos			
Proteína			
Grasa			
TOTAL			

	KCALORIAS	Carbohidratos (g)	Proteína (g)	Grasa (g)

TOTAL				
RECOMENDADO	1200	135	75	40
%ADECUACIÓN				

*% Adecuación según el requerimiento para la edad gestacional y estado nutricional (85- % es adecuado, < 84%
115 significa déficit y > 116% exceso)

IX. ACTIVIDAD FISICA

1. Actividad física		SI	NO	
	Tipo	Anaeróbica	Aeróbica	
	Duración	<30min	>30min	
	Intensidad	Leve	Moderada	Severa

X. DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

	EUTROFICA	
	SOBREPESO	
	OBESIDAD	
	BAJO PESO	
	RIESGO NUTRICIONAL	

CONTROL Y SEGUIMIENTO						
A. CONTROL GLUCEMICO						
1. GLUCOMETRIAS						
TIEMPO	GLUCOMETRIAS			RANGO PROMEDIO		
ANTES DEL DESAYUNO						
DESPUES DEL DESAYUNO						
ANTES DEL ALMUERZO						
DESPUES DEL ALMUERZO						
ANTES DE LA CENA						
DESPUES DE LA CENA						
B. ADECUACION DE LA INGESTA						
1. Análisis cuantitativo de macronutrientes de 1 recordatorio 24h al azar.						
	KCALORIAS	Carbohidratos (g)	Proteína (g)	Grasa (g)		
TOTAL						
RECOMENDADO	1200	135	75	40		
%ADECUACIÓN						
*% Adecuación según el requerimiento para la edad gestacional y estado nutricional (85-115% es adecuado 84% significa déficit y > 116% exceso)						
2. Análisis cualitativo de la ingesta.						
				SI	NO	
1. Consume máximo (1) porción de carbohidratos complejos en cada comida						
2. Evita el consumo de carbohidratos simples						
3. Evita el consumo de alimentos de alto índice glucémico						
4. Evita el consumo de alimentos fuente de grasas saturadas						
5. Adherencia a la dieta prescrita				SI	NO	PARCIAL
SI	Cumple con los cuatro ítems.					
NO	Cumple con menos de tres ítems.					
PARCIAL	Cumple con 3 ítems.					
Observaciones						
D.ACTIVIDAD FISICA						

1. Actividad física	Tipo	SI	NO	Duración	Inte
		Anaeróbica	Aeróbica		
		<30min	>30min		
		Leve	Moderada		

FORMATO DE REGISTRO DIARIO DE GLUCOMETRIAS Y ALIMENTOS EN CASA

En este segmento debe registrar los valores de las glucometrías que pueda tomar a lo largo del día. Lo ideal sería tomar antes y 2 horas después de cada comida principal.

FECHA:

	AD	DD	AA	DA	AC	DC
--	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

GLICEMIA						
-----------------	--	--	--	--	--	--

ACT. FISICA						
--------------------	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

En este segmento debe registrar los alimentos y la cantidad consumida de cada uno de ellos en términos de medidas caseras (pocillo pequeño o chocolatero, cucharada/cucharadita, plato grande/mediano/pequeño, vaso grande/mediano/pequeño, en caso de productos comerciales puede anotar la marca (galletas tosh) e indicar la cantidad como un paquete.

--	--	--	--	--	--	--

RECORDATORIO DE 24 HR HABITUAL (CASA)

--	--	--	--	--	--	--

TIEMPO DE COMIDA	PREPARACIÓN	ALIMENTOS	CANTIDAD (medida casera)
DESAYUNO			
NUEVES			
ALMUERZO			

ONCES			
CENA			