

11226
2el
(21)

Universidad Nacional Autónoma de México



Instituto Mexicano del Seguro Social

Manejo del Diabético Tipo II, Obeso
con Dieta a Complacencia Orientada

TESIS

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

Dr. Manuel de Jesús González Gálvez

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS. 1985





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

	Página
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
MATERIAL Y METODOS	5
RESULTADOS	5
CONCLUSIONES	7
BIBLIOGRAFIA	8

R E S U M E N

Se estudiaron 21 pacientes diabéticos tipo II, obesos entre los 30 y los 65 años de edad, 7 hombres y 14 mujeres del Hospital General de Zona No. II de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, después de ser sometidos a una dieta a complacencia, orientada en relación al contenido calórico y de fibra dietética, encontrándose en diez de ellos (47.61 %) disminución del peso corporal y en trece (61.90 %) disminución de las cifras de glicemia.

I N T R O D U C C I O N

En la actualidad se considera probable que la diabetes sea un síndro me que encierre varios tipos de padecimientos. Uno de estos, quizás el más común, es la diabetes estable del adulto (tipo II), en la cual los enfer - mos tienen hiperglicemia que generalmente pueden controlarse con dieta, no requieren insulina exogena para prevenir cetoacidosis y hasta el 90 % de ellos son obesos; debido a esto la obesidad debe considerarse como una in dicación para investigar diabetes ⁽⁹⁾.

La obesidad se asocia con un aumento de la secreción endogena de in sulina; tal aumento se ha demostrado en todos los grupos de obesos estudia dos, aún en niños de muy corta edad, por lo que se considera que la hiperinsulinemia se asocia con la obesidad desde que ésta comienza y no es una consecuencia de la obesidad de larga duración.

Los diabéticos obesos estables exhiben niveles anormalmente altos de insulina; esta hiperinsulinemia, en presencia de hiper o de normoglicemia - se ha interpretado como una manifestación de resistencia a la insulina en dogena.

En humanos (normales, obesos o diabéticos) la unión de la insulina a los receptores de las células guardan relación con la sensibilidad del or ganismo a la hormona y, en estados patológicos, ocurre en forma inversa, es decir, mientras más disminuidos están los receptores es mayor la resisten - cia a la insulina. Aparentemente la disminución de estos receptores en la obesidad y en la diabetes dependen directamente de la concentración plasmá tica elevada de insulina.

Esta resistencia insulínica puede ser enmarcada en tres categorías ;
1) Producción anormal de las hormonas de las células Beta; 2) Antagonistas insulínicos circulantes y 3) actividad deficiente en las células blanco.

En teoría, ésta última circunstancia se presentaría en el tipo de diabetes asociada a la obesidad ^(6,7); ya que, como es sabido, la acción de la insulina es iniciada por interacción de la hormona con receptores específicos situados en la membrana celular. Esta interacción condiciona la generación de una señal o señales que activan los diferentes sistemas responsables de los efectos de la insulina (post receptor, p.e.: transportadores de la glucosa, etc.), de allí que la resistencia pueda resultar de algún defecto a lo largo de esta cascada de eventos.

En obesos la restricción calórica aguda produce un aumento en la afinidad de los receptores de insulina y la restricción calórica prolongada termina aumentando su número; de igual manera en los diabéticos obesos la restricción calórica produce un aumento de los receptores celulares con = disminución de la resistencia a la insulina que da por resultado una mejoría de la hiperglicemia al mismo tiempo que disminuye la hiperinsulinemia ^(4,5,6,9), de allí la observación clínica frecuente de personas obesas con diabetes que dejan de tener intolerancia a la glucosa cuando se corrige su peso corporal ^(6,7). Por tanto, no debe sorprender que repetidamente se insista en la restricción de calorías para lograr un peso ideal como el componente de mayor importancia en el tratamiento dietético de la diabetes ⁽⁸⁾. El fin importante no es una rápida pérdida de peso, sino cambiar los hábitos de comida de manera que gradualmente se logre un nuevo equilibrio y se sostenga.

En los últimos años se ha sugerido que la deficiencia en las fibras de la dieta están relacionadas etiopatogénicamente con ciertos padecimientos que tienen una frecuencia mayor en la sociedades urbanizadas como la diabetes, la obesidad, la cardiopatía isquémica, etc.

Se consideran fibras de la dieta a las sustancias vegetales que no son digeridas por las enzimas gastrointestinales humanas. No se absorben y por lo tanto, no proporcionan energía. Actúan cambiando las características físicas del contenido intestinal modificando la absorción de algunas = sustancias, entre ellas, la glucosa.

Las fibras dietéticas están constituidas por diferentes proporciones de lignina, celulosa, hemicelulosa, pectina, mucilagos y goma ⁽¹⁾. De acuerdo a su composición producen determinados efectos metabólicos, así, pectina mucilagos y gomas reducen algunos lípidos séricos - colesterol y triglicéridos - y la glucemia. La celulosa también reduce la glicemia; estas cuatro sustancias reducen la glucosa sanguínea probablemente por retardar su absorción desde la luz intestinal. Su administración junto con la glucosa = produce una elevación menor de la glucemia, menor reacción de insulina y = disminución de la hipoglucemia tardía; además, recientemente se ha demostrado un aumento en la actividad de los receptores celulares de insulina ⁽³⁾.

Otro factor como causa de descontrol metabólico es el no cumplir con la dieta ya que esta es dada en esquemas estrictos que no son compatibles = con los estilos de vida de los enfermos, por lo que se ha insistido en que sean más flexibles y de acuerdo a su situación sociocultural, reformada = con orientación y, de esta manera, hacer que el propio individuo estructure sus propias normas de alimentación ⁽⁴⁾.

De lo anterior consideramos que los pacientes con diabetes mellitus = tipo II, obesos, tienen resistencia periférica a la insulina ^(5,6), la cual disminuye al perder peso corporal ⁽⁴⁾, siendo esto posible al llevar una = dieta adecuada a su estilo de vida, con orientación en cuanto a su contenido calórico y sobre el beneficio que se obtiene al incluir en su alimentación una mayor cantidad de fibra dietética ^(1,3,9), de allí que el objetivo de este trabajo está orientado a determinar si los diabéticos tipo II, obesos al llevar una dieta a complacencia orientada logren acercarse al peso = ideal y obtener así un mejor control de su glucemia.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se tomaron al azar treinta pacientes diabéticos tipo II, obesos, entre los 30 y los 65 años de edad, durante un período de siete meses de 1984, del Hospital General de Zona No. II de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, efectuándose a su ingreso, para el objetivo del trabajo, mediciones de peso, talla y glicemia; para efectos de control de las cuantificaciones de glicemia posterior a la captación llevando el manejo previamente establecido por su médico familiar.

• Todos los pacientes estudiados recibieron cuatro entrevistas para orientación dietética y explicación en cuanto a la participación de la fibra dietética en su alimentación; simultáneamente se realizaron mediciones de peso y glicemia en esas cuatro ocasiones.

Se excluyeron aquellos diabéticos tipo II, obesos, que presentaron = concomitantemente Hipertensión arterial, retinopatía diabética, Insuficiencia Renal Crónica, infarto miocárdico y embarazo.

R E S U L T A D O S

Del total de pacientes estudiados fueron excluidos aquellos en los que, como ya se mencionó, presentaron Hipertensión Arterial (4), Retinopatía Diabética (2), Insuficiencia Renal Crónica (1), Infarto Miocárdico (1) y Embarazo (1).

De los 21 pacientes restantes, 14 mujeres y 7 hombres, en diez de ellos se observó disminución del peso corporal (47.61 %); en seis aumentó (28.57 %) y en cinco permaneció igual (23.80 %), siendo la media al inicio del estudio de 68 Kg y al final de 59 Kg (cuadro 1) .

La glicemia disminuyó en 13 de los 21 pacientes (61.90 %); en cinco aumentó (23.80 %) y en tres no hubo cambios (14.28 %). La media inicial de 177 mg % y la final de 154 mg % (cuadro 2) .

Cuadro 1

P E S O	NUMERO DE PACIENTES	%
DESCENSO	10	47.61
AUMENTO	6	28.57
SIN CAMBIOS	5	23.80
T O T A L	21	99.98

Cambios en el peso corporal en los 21 pacientes sometidos a dieta a complacencia orientada.

Cuadro 2

G L I C E M I A	NUMERO DE PACIENTES	%
DESCENSO	13	61.90
AUMENTO	5	23.80
SIN CAMBIOS	3	14.28
T O T A L	21	99.98

Cambios en la glicemia en los 21 pacientes sometidos a dieta a complacencia orientada.

CONCLUSIONES

De los 21 pacientes estudiados se encontró que en el 47.61 % hubo un descenso en el peso corporal y en el 61.90 % disminuyó la glicemia, habiendo sido la media inicial, en relación al peso, de 68 Kg y al final del estudio de 59 Kg. De la glicemia la media inicial de 177 mg % y la final de 154 mg %. Sin embargo, no se puede asentar que estos resultados sean verdaderamente significativos dado que no existen cifras específicas y concluyentes en la bibliografía revisada, si bien en ella se hace notar el beneficio que la dieta a complacencia orientada, rica en fibra, aporta a este tipo de enfermos.

Es posible que con la realización de estudios posteriores pueda estandarizarse los patrones que hagan posible establecer el manejo con dieta a complacencia orientada en diabéticos tipo II, obesos, y discernir sobre su utilidad o de la necesidad de requerir un manejo complementario.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

1. BERNARD L., MORWITTS D.: Filtra dietética. Clin. Med. N. Am. 1035-1047; 1980
2. DEFRONZO R.: New concepts in the pathogenesis and treatment of non insulin dependent Diabetes Mellitus. Am. J. Med. 52-61; Jan 17; 1983.
3. PRATTI M.: Efectos del nopal sobre los lípidos séricos, la glicemia y el = peso corporal. Arch. Invest. Med. (Mex.). 125-127; 1983.
4. MC CULLOCH D.: Influence of imaginative teaching of diet on compliance and metabolic control in insulin dependent Diabetes. Brit. Med. J., 287; 1858 -1861; Dic 1983.
5. OLEFSKY J.M.: Mechanism of insulin resistance in obesity and on non insu - lin dependent (type II) Diabetes. Am. J. Med., 151-168; 1981.
6. REAVEN G.: Insulin resistance in non insulin dependent Diabetes Mellitus, - does it exist and can it be measured? Am. J. Med., 70; 18-31, 1983.
7. REAVEN G.: The roll of insulin resistance in the pathogenesis and treatment of non insulin dependent Diabetes Mellitus. Am. J. Med.; 1-2; 1983.
8. REAVEN G.: Tratamiento nutricional de la diabetes. Clin. Med. N. Am. 927- 942, 1983.
9. ZORRILLA E.: Obesidad, hiperlipidemias y diabetes. XI curso panamericano = para graduados "Diabetes mellitus en Medicina general", fascículo 2, 13-19 1980.