

Alimentación en diabetes

Pilar Buil Cosiales

Especialista en MFyC.

RESUMEN

El tratamiento dietético es uno de los pilares de la terapia de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Su objetivo es tanto mejorar los valores glucémicos como el control de los factores de riesgo cardiovasculares y de las comorbilidades asociadas. Alrededor de un 50 % de los pacientes refieren no haber recibido formación en ella y estos presentan un peor control. Debemos realizar formación al inicio y a lo largo del seguimiento. Utilizaremos en todo momento un lenguaje neutro, libre de estigmas y basado en conocimientos, respetuoso e inclusivo. La dieta mediterránea es una de las que tienen más evidencias tanto en prevención como en control de la DM2, pero tanto la dieta baja en carbohidratos como las dietas veganas y vegetarianas también se han mostrado eficaces. Debemos ajustar la dieta a las preferencias del paciente, a los otros factores de riesgo (HTA, dislipemia, obesidad), a las comorbilidades (síndrome cardiorenal, enfermedad cardiovascular) así como a los factores socioculturales como la edad, el sexo, el estilo de vida, la etnia y la accesibilidad a los alimentos, tanto económica como de proximidad y cultural.

Palabras clave: alimentación, tratamiento dietético, dieta mediterránea.

Keywords: nutrition, dietary treatment, Mediterranean diet.

Raramente pensamos en Ginger Rogers sin pensar en Fred Astaire o en Tip sin pensar en Coll, en Mortadelo sin pensar en Filemón o en Zipi sin pensar en Zape. Son parejas inseparables en nuestra cabeza, esto debería ocurrir también con la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y la dieta, miembros de una pareja inseparable. No deberíamos pensar en la prevención o el tratamiento de la DM2 sin asociar la dieta.

Todos los consensos de las diferentes sociedades científicas la incluyen en el inicio del tratamiento y a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, no obstante, queda como un elemento periférico y no central como debería ser, presentando en todo momento el tratamiento farmacéutico de forma mucho más visual y llamativa. La American Diabetes Association (ADA) la considera uno de los pilares fundamentales y cada año le dedica más espacio e importancia en sus recomendaciones¹.

Pero cuando tenemos delante un paciente con DM2, ¿le damos a la dieta la importancia que tiene?, ¿nos centramos más en los fármacos? No lo parece, solo alrededor de un 50 % de los pacientes con diabetes refieren haber recibido educación diabetológica². Y sabemos que un bajo o regular conocimiento se asocia con mal control de glucemia y que aquellos pacientes que refieren tener poco conocimiento sobre tratamiento nutricional no siguen una dieta adecuada³.

¿Cuándo debemos hacer la educación en dieta? Esta actividad debe realizarse al inicio del diagnóstico y, después, de forma periódica a lo largo de la vida del paciente. ¿Preguntamos al paciente por cómo realiza la dieta en cada revisión anual como aconsejan las diferentes guías?

Debemos recordar que el objetivo del tratamiento dietético de la diabetes no es tan solo el control de la glucemia, sino también el de los otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, así como de las comorbilidades que tan frecuentemente la acompañan y de la prevención de la enfermedad cardiovascular, o su tratamiento si ya estuviera presente.

¿Cuál es la composición de la dieta que deben seguir los pacientes con diabetes? En los últimos años hemos ido cambiando de paradigma y hemos pasado de aconsejar, como el lector recordará, el consumo de un determinado porcentaje de macronutrientes (hidratos de carbono, proteínas y grasas) para pasar a hablar de alimentos y, finalmente, de patrón dietético, que lo definiríamos como el conjunto de alimentos que ingerimos a lo largo de un tiempo determinado. Y eso por varios motivos, el primero porque no todos los alimentos que forman parte de un grupo de macronutrientes son iguales; en el grupo de hidratos de carbono tenemos tanto verduras como cereales o el arroz, que claramente no tienen

la misma influencia en el nivel de la glucemia de los pacientes con diabetes. Por otro lado, es muy difícil de transmitir a una persona sin muchos conocimientos en dietética cuál debe ser su dieta en estos términos.

¿Qué patrón dietético es el mejor? Una buena noticia para nosotros, hasta el momento actual, es que la dieta mediterránea (DMed) es una de las que tiene mayores evidencias, tanto en el corto como en el largo plazo, y no solo en un mejor control de la glucemia, sino también en el control de los otros factores de riesgo y de las comorbilidades que frecuentemente acompañan a la diabetes. También se ha mostrado eficaz en la prevención y el control de las complicaciones de la diabetes (enfermedad cardiovascular, enfermedad renal...)⁴.

¿Y cómo definimos la DMed? Muchas y variadas son las definiciones que se han hecho de ella, como diferentes son las que se han usado en los diferentes estudios que se han publicado. Desde una de las primeras definiciones enunciada por Ancel Keys en los años 50, que la definía como “consumo de una gran cantidad de vegetales, cuyos nombres desconozco, bañados en aceite de oliva” hasta nuestros días.

En noviembre de 2024 se celebró el 30 aniversario de la publicación de la pirámide de la DMed por la Fundación Dieta Mediterránea, que, como su nombre indica, la define en forma de pirámide, a la que añade la forma social de la ingesta (acompañado) y el ejercicio físico. En la base de la pirámide encontramos las verduras, las hortalizas, las frutas, los cereales y el aceite de oliva, y, en la zona superior de la pirámide (una menor ingesta), la repostería y las carnes rojas. Es decir, podríamos decir que es un consumo bajo de carnes rojas y muy bajo o nulo de carnes procesadas, mantequilla, helados y lácteos (solo fermentados, queso o yogurt). Es una dieta con un consumo elevado de grasas (alrededor del 40%) provenientes del aceite de oliva y cuya ingesta proteica proviene del consumo de pollo, conejo, pescado o legumbres y alta ingesta de verduras, frutas locales y cereales, principalmente integrales⁵.

Pero si queremos una definición más operativa para transmitirla a nuestros pacientes, es muy útil la escala MEDAS⁶, que se evaluó en el estudio PREDIMED. Es una escala que consta de 14 puntos (13, si retiramos el punto que hace referencia al consumo del vino y que tanta polémica ha desatado) y que nos ayuda a comprobar qué puntos incumple nuestro paciente para luego acordar con él aquellos cambios a los que se compromete para la siguiente visita. Nos permite ir consiguiendo cambios de forma paulatina. No debemos olvidar que tan solo con cambios de dos puntos en la escala se consiguió un descenso de un 30% de enfermedad cardiovascular en el estudio PREDIMED⁴, tanto en la población total del estudio como en

los pacientes con DM2. Hace unos meses ha finalizado el estudio PREDIMED-Plus (ahora en fase de análisis de datos), en el que se ha testado un nuevo cuestionario de DMed con más énfasis en los cereales integrales, esperemos que los resultados sean los esperados y nos permita disponer de otra forma fácil de medir la DMed.

¿La DMed sirve para todos los pacientes? Debemos adaptar la dieta a las preferencias de nuestro paciente, mantener en todo momento el placer de comer y proveerle de las herramientas para desarrollar una dieta sana acorde de sus preferencias⁷. Otras dietas como la dieta baja en hidratos de carbono, la dieta DASH, la dieta vegana o las vegetarianas también han tenido resultados favorables⁸,⁹ en el control glucémico del paciente con DM2. Y cuando un paciente no se adapta a la dieta DMed, o a otra de estas dietas, debemos enfatizar en alimentos que hayan demostrado beneficios para la salud (verduras, frutas, hortalizas y el uso de aceite de oliva virgen extra), minimizar aquellos perjudiciales (carnes rojas y procesadas, repostería industrial, alimentos procesados) y acomodar las preferencias individuales con el objetivo de identificar hábitos dietéticos saludables, factibles y sostenibles como promueven en el consenso sobre dieta de la ADA y la European Association for the Study of Diabetes (EASD)⁷.

¿Qué debemos tener en cuenta para individualizar la dieta? Como muy bien se describe en el algoritmo de la redGDPS publicado en un artículo de *Diabetes práctica* de diciembre de 2024 sobre el tratamiento no farmacológico¹⁰, primero tendremos en cuenta las comorbilidades y los factores de riesgo de nuestro paciente, y, aunque para la mayoría de ellos la DMed sigue siendo la estándar, en algunos la deberemos adaptar. Así, en aquellos pacientes con obesidad o sobrepeso, nos deberemos centrar en que esta DMed sea baja en calorías, disminuyendo sobre todo el consumo de hidratos de carbono diferentes de las frutas y verduras (es decir, sobre todo de los cereales). La pérdida de peso va a ser nuestro objetivo más importante y, si consideramos que otra dieta va a ser mejor para perder peso, nos podemos centrar en ella durante un corto periodo de tiempo y, a continuación, adaptar la DMed más general.

Otro grupo de pacientes son aquellos con obesidad sarcopénica, en ellos nuestro objetivo principal es la mejora de la masa muscular por ello nos centraremos en un aumento de la ingesta proteica (1,2-1,5 gr/kg de peso), sin un exceso de carnes rojas y sin hacer una gran cantidad de restricciones. En los pacientes con síndrome cardiorenal o con hipertensión arterial incidiremos en la disminución del consumo de sal.

También tenemos que adaptar la dieta en aquellos pacientes cuyo tratamiento es la insulina o los medicamentos con efecto

hipoglucemiante, en los que deberemos tener en cuenta la ingesta de hidratos de carbono para prevenir las hipoglucemias.

¿Qué otros factores tendremos en cuenta para individualizar? Hay numerosos determinantes sociales que influyen en la adopción o el rechazo de las normas dietéticas que mejoran la prevención y el control de la DM2, entre ellos la edad, el sexo o el género, la forma de vida, las creencias, así como los gustos personales y la accesibilidad a los alimentos¹. Deberemos utilizar en todo momento un lenguaje neutro, libre de estigmas y basado en conocimientos, respetuoso e inclusivo⁷. Vamos a comentar algunos de estos determinantes sociales en torno a varias preguntas que debemos realizarnos en la consulta.

¿Influye su edad? Influye en ambos extremos de la vida, tanto en los más jóvenes como en los más mayores. Sabemos que los pacientes con DM2 jóvenes tienen un peor control, pero, a la vez, tienen una peor adherencia a la dieta, algunos estudios han encontrado que los pacientes refieren problemas con los horarios de trabajo o tareas familiares que les dificulta el acceso a los alimentos saludables o a las preparaciones sanas, estos tienen además un menor sentimiento de autoeficacia y refieren que la dieta que deben realizar afecta a sus vidas¹¹.

Pasando al otro extremo, la DMed ha mostrado ser una de las mejores en ancianos para mantener su calidad de vida, no obstante, en aquellos pacientes frágiles debemos tener en cuenta que lo más importante es que coman, debiendo priorizar en todo momento la palatabilidad de la dieta, sus gustos o creencias personales, podemos decir que en este grupo de pacientes la mejor dieta va a ser aquella que coman a gusto.

¿Y el sexo o el género? También influye, así las mujeres, en general, adoptan el rol de cuidadoras del resto de la familia, olvidándose de su autocuidado y van a escoger las necesidades o los deseos del resto de su familia en materia de alimentación antes de lo que precisan para mantener su salud¹¹.

¿Tiene acceso a los alimentos que le aconsejamos? La accesibilidad parece ser un tema importante tanto en los países en vías de desarrollo como en nuestro mundo. Vivimos en un país desarrollado con acceso a todos los alimentos, en nuestras calles están bien representados los alimentos que forman parte de una dieta sana, pero debemos saber si nuestro paciente tiene acceso a los alimentos que le aconsejamos ingerir. Todos estos alimentos están asequibles en las grandes ciudades, ¿pero están en la misma medida en nuestros pueblos?, ¿en nuestros barrios?, ¿podemos influir en que estén más presentes en nuestras comunidades?, ¿tienen el poder adquisitivo para conseguirlos?, poseen medios de locomoción para acceder a los puntos de venta?, ¿tienen unos horarios y unos hábitos de vida que les

permitan comprarlos y prepararlos?, ¿saben cómo manipularlos para que sean apetecibles?, ¿forman parte de su forma de vida? El personal de medicina de familia tenemos toda esta información de nuestra zona básica y de nuestro paciente, y la tenemos que unir con nuestros otros conocimientos para ajustar la dieta a la persona que tenemos delante.

Un grupo a tener en cuenta es aquel con pocos recursos económicos y que acude a los bancos de alimentos. Se sabe que los pacientes con menores ingresos económicos tienen una mayor prevalencia de obesidad y un menor acceso a alimentos sanos (inseguridad alimentaria). Los estudios indican que esta población¹² refiere que no pueden permitirse económicamente una dieta equilibrada, y que los bancos de alimentos no les proporcionan alimentos sanos ni frutas y verduras, por lo que tienen una mayor ingesta de hidratos de carbono y presentan mayores tasas de enfermedad mental y estrés. Especialmente en las mujeres, donde esta asociación, así como la depresión, es más frecuente.

Dentro de los problemas de accesibilidad, un grupo cada vez mayor son los inmigrantes, donde las inequidades son importantes. Varios estudios realizados específicamente con población inmigrante en EEUU y Canadá han descrito varias barreras en estos pacientes para realizar una dieta sana, algunas son similares a determinados colectivos autóctonos, como son los ingresos económicos, las condiciones laborales o de vivienda, las redes sociales, los horarios laborales o la asequibilidad; pero otras son más específicas como la dificultad de acceso a determinados alimentos (que formaban parte de su dieta habitual), su coste y no disponer de guías adecuadas a ellos¹³. Un estudio realizado con población general en Los Ángeles (EE. UU.) comprobó que el 13,5% de la población tenía inseguridad alimentaria y nutritiva, siendo los pacientes de raza asiática los que poseen una mayor probabilidad de tenerla. En este estudio concluyeron que tener menos ingresos económicos, la raza asiática, ser joven y ser mujer incrementan el riesgo de presentar DM2¹⁴.

CONCLUSIONES

El tratamiento dietético es uno de los pilares del tratamiento de la DM2, su objetivo es tanto la mejoría de los valores glucémicos como el control de los factores de riesgo cardiovascular y las comorbilidades asociadas. La dieta mediterránea es una de las que tiene más evidencias tanto en el tratamiento como en la prevención de la DM2, pero esta tiene que ser individualizada según las comorbilidades y los factores socioculturales como la edad, el sexo, el estilo de vida, las preferencias del paciente, la raza, la etnia, así como la accesibilidad a los alimentos.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes-2025. *Diabetes Care*. 2025 Jan 1;48(Supplement_1):S86-S127. doi: 10.2337/dc25-S005. PMID: 39651983; PMCID: PMC11635047.
2. Méndez I, Lundeen EA, Saunders M, Williams A, Saaddine J, Albright A. Diabetes Self-Management Education and Association With Diabetes Self-Care and Clinical Preventive Care Practices. *Sci Diabetes Self Manag Care*. 2022 Feb;48:23-34.
3. Velázquez López L, Muñoz Torres AV, Medina Bravo PG, Escobedo de la Peña J. Inadequate diabetes knowledge is associated with poor glycemia control in patients with type 2 diabetes. *Aten Primaria*. 2023 May;55:102604.
4. Estruch R, Ros E, Salas-Salvad o J, et al. PREDIMEDStudy Investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. *N Engl JMed* 2018;378:e34.
5. Martínez-González MA, Gea A, Ruiz-Canela M. The Mediterranean diet and cardiovascular health. *Circ Res* 2019;124:779-798.
6. Buil-Cosiales P, Díez-Espino J. Diabetes y Dieta: mitos y realidades. Monografías de la redGDPs. nº 2 pag 17. Ediciones Mayo. Barcelona 2017.
7. Davies MJ, Aroda VR, Collins BS, Gabbay RA, Green J, Maruthur NM, Rosas SE, Del Prato S, Mathieu C, Mingrone G, Rossing P, Tankova T, Tsapas A, Buse JB. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2022. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. 2022 Nov 1;45(11):2753-2786. doi: 10.2337/dci22-0034. PMID: 36148880; PMCID: PMC10008140.
8. Schwingshackl L, Chaimani A, Hoffmann G, Schwedhelm C, Boeing H. A network meta-analysis on the comparative efficacy of different dietary approaches on glycaemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Eur J Epidemiol*. 2018 Feb;33(2):157-170. doi: 10.1007/s10654-017-0352-x. Epub 2018 Jan 4. PMID: 29302846; PMCID: PMC5871653.
9. Jing T, Zhang S, Bai M, Chen Z, Gao S, Li S, Zhang J. Effect of Dietary Approaches on Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review with Network Meta-Analysis of Randomized Trials. *Nutrients*. 2023 Jul 15;15(14):3156. doi: 10.3390/nu15143156. PMID: 37513574; PMCID: PMC10384204.
10. Sanz Vela N, Aranbarri Osoro I. Algoritmo de tratamiento no farmacológico de las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Diabetes Práctica*, 2024: 15
11. Wong SKW, Soon W, Griva K, Smith HE. Diabetes knowledge, self-efficacy and dietary, psychological and physical health barriers: Comparing young and usual-onset type 2 diabetes. *Diabet Med*. 2024 Mar;41(3):e15207. doi: 10.1111/dme.15207. Epub 2023 Aug 28. PMID: 37597247.
12. Briggs R, Rowden H, Lajojda L, Robbins T, Randeve HS. The lived experience of food insecurity among adults with obesity: a quantitative and qualitative systematic review. *J Public Health (Oxf)*. 2024 May 29;46(2):230-249. doi: 10.1093/pubmed/fdae016. PMID: 38409966; PMCID: PMC11141780.)
13. Ntanda GM, Sia D, Beogo I, Baillet A, Nguemeleu ET, Merry L, Ramdé J, Jean-Charles KP, Philibert L. Factors Influencing the Acceptance or Rejection of Dietary and Body Norm Systems Favorable to the Prevention and Control of Type 2 Diabetes Among Sub-Saharan Africa migrants: A Scoping Review. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2024 Jul 5. doi: 10.1007/s40615-024-02072-3. Epub ahead of print. PMID: 38969923.
14. Livings MS, Bruine de Bruin W, Wasim N, Wilson JP, Lee BY, de la Haye K. Food and Nutrition Insecurity: Experiences That Differ for Some and Independently Predict Diet-Related Disease, Los Angeles County, 2022. *J Nutr*. 2024 Aug;154(8):2566-2574. doi: 10.1016/j.tjnut.2024.05.020. Epub 2024 May 25. PMID: 38801862.