

## Alimentación en la diabetes (o «las posesiones diabólicas»)

Esteban Jódar Gimeno

*Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario Quirón. Madrid*

Tanto los sujetos con diabetes mellitus como los sujetos resistentes a la insulina obesos se benefician de modestas pérdidas de peso, que han probado reducir la resistencia a la acción de la insulina. De hecho, se recomienda una modesta pérdida de peso a todos los sujetos obesos o con sobrepeso que tienen diabetes o incluso a los que están en riesgo de desarrollarla con el máximo nivel de certidumbre sobre esta recomendación. Se ha sugerido incluso que, por su potencial relación favorable coste-beneficio, la intervención nutricional por un dietista con conocimientos debería ser reembolsada por los sistemas de salud.

Para esta pérdida de peso han demostrado ser eficaces a corto plazo (hasta un año) las dietas balanceadas, las dietas bajas en carbohidratos y las bajas en grasas modestamente hipocalóricas. Esta terapia nutricional médica debe conjugarse con un incremento de la actividad física y un programa de modificación de hábitos, que han probado ser claves en el mantenimiento a largo plazo de la pérdida de peso obtenida. Los beneficios de la pérdida de peso se han cifrado en más de dos puntos de reducción de hemoglobina glicosilada y de 50 a 100 mg/dl de reducción en las cifras de glucosa basal, además de reducciones en las cifras de presión arterial y de colesterol.

La más adecuada proporción de macronutrientes en la dieta (carbohidratos, grasas y proteínas) no sólo no es conocida sino que, además, probablemente nunca sea identificada. En cuanto al contenido calórico, a pesar de existir diferentes métodos matemáticos más o menos complejos para su cálculo, puede estimarse fácilmente para la mayoría de los casos de sobrepeso u obesidad simplemente multiplicando por 24 el peso actual, lo que redundará en una dieta con un modesto déficit calórico de 600 a 1.000 kcal/día. En cuanto al tipo de dieta, nuestra tradicional dieta mediterránea (rica en verduras, legumbres, frutos secos, pescado y fruta) ha probado asociarse a un menor riesgo de desarrollar diabetes e, incluso, a una reducción de la necesidad de fármacos orales en el debut de la enfermedad.

Los carbohidratos deben suponer una proporción variable entre el 45% y el 60% de las calorías totales de la dieta, preferentemente procedentes de frutas, vegetales, granos enteros, legumbres y lácteos desnatados. Deben suponer al menos 130 g al día y su estimación directa o mediante raciones o intercambios es clave para conseguir un adecuado control glucémico. El contenido en fibra adecuado es el mismo que se recomienda a la población general y, aunque la sucrosa (azúcar de mesa) es aceptable en la dieta del diabético si sus calorías se tienen en cuenta, los edulcorantes por su bajo aporte energético son una opción segura para reducir éste.

El contenido proteico recomendado en la dieta del diabético debe suponer unos 0,8 g/kg de peso/día, aunque no hay datos para recomendar la modificación de la ingestión proteica en diabéticos con función renal normal. En cualquier caso, no se recomiendan las dietas altas en proteínas.

En cuanto a las grasas, su consumo debería reducirse a menos del 7% de las calorías totales de la dieta para la grasa saturada, evitando la ingestión de ácidos grasos *trans* (procedentes de bollería industrial y frituras industriales en su mayoría) y reduciendo la ingestión de colesterol por debajo de 200 mg al día. También se insiste en la recomendación de ingerir al menos dos raciones de pescado a la semana (aunque nuevamente no se recomienda el pescado frito precocinado). Los esteroides y estanoles vegetales pueden reducir el colesterol en cantidades superiores a 2 g/día y su consumo es aceptable si se descuentan esas calorías del aporte diario total.

El consumo de alcohol en bajas dosis parece claramente beneficioso en términos de salud cardiovascular y general; su ingestión debe limitarse a una (mujeres) o dos (varones) medidas al día, siempre con las comidas para evitar el riesgo de hipoglucemia. En cambio, la suplementación rutinaria de la dieta del diabético con antioxidantes, vitaminas o cromo no debe recomendarse ante la ausen-

cia de evidencias sobre su potencial beneficio y la preocupación por los potenciales efectos adversos tras su consumo prolongado.

La información mínima que ha de adquirir el sujeto con diabetes debe permitirle optimizar la elección de platos para alcanzar los requerimientos nutricionales de macro y micronutrientes. Pero, en la práctica, fracasamos continuamente en el control dietético de nuestros pacientes diabéticos, que en su inmensa mayoría son obesos, con una edad superior a los 60 años que hace muy difícil cambiar los hábitos y que viven en un entorno que no favorece la limitación de la ingesta. Por lo tanto, se impone un cambio en la aproximación a este problema, ya que el consabido aporte de una «hoja de dieta» produce muy escasos (si es que alguno) beneficios en nuestros pacientes.

Desde un punto de vista práctico, debemos preguntarnos: ¿qué y cuándo come nuestro paciente?, ¿qué puede y debe corregirse? Y, finalmente, ¿cómo conseguirlo? Para la primera pregunta existen varias potenciales aproximaciones, como preguntar por el consumo semanal de determinados alimentos, aunque probablemente la actuación más efectiva sea pedirle al paciente un registro semanal de sus comidas con cantidades y horarios. Una vez conocido esto, debemos abordar los aspectos que tienen un impacto más adverso sobre el control metabólico.

Abandonar el picoteo, especialmente de *snacks* dulces y salados (en general, evitar comer productos que se dispensen en bolsa de plástico, crujientes y de colores chillones), reducir mucho la ingestión de grasas animales y de ácidos *trans*, evitando frituras y pringues, y controlar la ingestión de aceite (no más de una cucharada sopera por comida, eso sí, preferentemente de oliva virgen) y de hidratos de carbono es un mínimo razonable que deberíamos intentar conseguir con nuestros pacientes.

Una vez «acordada» la composición y cantidad del desayuno y la media mañana (si hay hábito o es preciso por el esquema terapéutico) sin bollería, con tostada de pan «normal» de entre 40 a 60 g, pintada de aceite de oliva, más un yogur y pieza de fruta que dividiremos según el estilo de vida del paciente, debemos abordar las comidas principales. La verdura (de tipo A, hortalizas y de hoja verde) suele ser libre en cantidad, pero no en el aliño, como ya se ha comentado. Para controlar la cantidad de hidratos del plato principal (legumbre, arroz, pasta, patatas, harinas, granos y cereales, remolacha, palmito), puede recomendarse el uso de un cazo o cucharón de servir para guardar un equilibrio con el pan ingerido (por ejemplo, para una dieta de 1.500 kcal/día serían dos cucharones de

servir si no se toma pan, uno si se toman 40 g y ninguno si se quieren tomar 80 g de pan). Finalmente, siempre se puede tomar un alimento proteico magro (carne o pescado) de entre 100 a 150 g por comida (de tamaño inferior al de la palma de la mano del sujeto).

Pero en muchas ocasiones nos encontraremos pacientes que nos parecen informados y veraces, pero que no son capaces de perder peso; a veces incluso nos reclaman esotéricos estudios de «metabolismo», como si hubiera algún marcador hormonal o metabólico que explicara la extraña enfermedad que no les deja perder peso. Debemos recordar que, aunque existen polimorfismos que se presentan con más frecuencia en obesos, la obesidad es claramente una enfermedad poligénica y que muchos de esos genes interaccionan con el medio (por ejemplo, algunas variantes genéticas se asocian a obesidad, pero sólo en sujetos sedentarios, pues su efecto desaparece en los sujetos que hacen ejercicio).

Siempre podremos despachar el asunto sin más reafirmando en las indiscutibles leyes de la termodinámica y perdiendo así una buena oportunidad para iniciar cambios para un estilo de vida saludable en nuestro paciente. Pero si queremos empezar este proceso, debemos huir de la culpabilización y pedir a nuestro paciente que anote todo aquello que come con cantidades y horarios, incluidos los picoteos y las bebidas. En la mayoría de los casos iremos identificando diversos alimentos de elevada densidad calórica con los que, más allá de ser muchos de ellos perjudiciales por su composición, es relativamente fácil superar la ingestión calórica recomendada.

Debemos recordar que se precisan al menos 30 kcal/kg de peso y día para mantener el peso actual en un adulto (3.000 kcal/día para un adulto de 100 kg); y que estas calorías difícilmente podemos obtenerlas a partir de verduras o ensaladas, salvo que se acompañen de importantes cantidades de aceite y pan. La bollería (unas 400 a 600 kcal/pieza), los postres industriales y helados, los *snacks*, los refrescos (que suponen un importante aporte de glucosa y de fructosa), el alcohol y el exceso de aceites y grasas suelen ser las fuentes más comunes de exceso de calorías.

Otro aspecto que se ha de trabajar es evitar los «productos sin azúcar para diabéticos»; algunas guías clínicas (por ejemplo, las británicas) desaconsejan directamente su uso por tener en su composición en muchos casos fructosa en vez de sucrosa (sin beneficio en cuanto al aporte energético) y rica en grasas. Algo similar ocurre con los alimentos «sin azúcar» o integrales. Debe recordarse que sustituir el azúcar de mesa por el azúcar de la fruta no sólo no tiene beneficio en térmi-

nos de aporte energético, como ya se ha mencionado, sino que incluso podría ser más perjudicial para el desarrollo de resistencia a la insulina. En cuanto a los alimentos integrales, son más ricos en fibra por aportar las cutículas externas de los granos o cereales de los que se extraen, pero esto no reduce su aporte calórico ni los hace directamente beneficiosos o recomendables.

Mención aparte merecen las «dietas de cafetería» o «comida basura». Tanto su composición rica en grasas animales (por ejemplo, en la hamburguesa) y en ácidos grasos *trans* (en el pan de molde o de hamburguesa) como su enorme contenido calórico (hasta 1.500 kcal en un menú de hamburguesería, según la cantidad de *ketchup*, mahonesa o mostaza y el postre) hacen que se trate de alimentos poco recomenda-

bles, especialmente en un país con una cultura gastronómica tan impresionante como el nuestro.

Por lo tanto, aunque, como tantas cosas en la vida, cambiar de hábitos y de peso no es fácil, tampoco el exceso de peso de nuestros pacientes diabéticos es una cruz con la que tengamos que aprender a vivir. La puesta en práctica de algunas de las ideas que se comentan en esta ponencia, junto con el adecuado uso de las medidas farmacológicas (con un papel clave de metformina y un papel creciente de los inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 y de los agonistas del receptor de GLP-1 [péptido similar al glucagón]), nos ayudarán a frenar la ganancia progresiva de peso e incluso inducirán pérdidas de peso en nuestros pacientes que mejorarán tanto su pronóstico como su calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2010. *Diabetes Care* 2010;33(suppl 1):S11-S61.
- Klein S, Sheard NF, Pi-Sunyer X, Daly A, Wylie-Rosett J, Kulkarni K, et al. Weight management through lifestyle modification for the prevention and management of type 2 diabetes: rationale and strategies: a statement of the American Diabetes Association, the North American Association for the Study of Obesity, and the American Society for Clinical Nutrition. *Diabetes Care* 2004;27:2067-73.
- Esposito K, Maiorino MI, Ciotola M, Di Palo C, Scognamiglio P, Gicchino M, et al. Effects of a Mediterranean-style diet on the need for antihyperglycemic drug therapy in patients with newly diagnosed type 2 diabetes. A randomized trial. *Ann Intern Med* 2009;151:306-14.