8.5. Población inmigrante y ayuno de Ramadán

PUNTOS CLAVE

1. La mayoría ayuna aunque esté exenta: en el estudio EPIDIAR, el 78,7 % de las personas con DM2 ayunó al menos 15 días. No preguntar no evita el ayuno, solo evita poder ajustarlo.
2. Durante el Ramadán, la hipoglucemia grave en la DM2 se multiplicó por 7,5 respecto a otros meses.
3. La valoración debe hacerse 6-8 semanas antes, no la semana anterior.
4. La insulina subcutánea y el autoanálisis capilar NO rompen el ayuno. Muchos pacientes lo ignoran y suspenden ambos.
5. Sulfonilureas, glinidas e insulina son los tratamientos de riesgo. Si el paciente los toma, hay que ajustar la dosis y entregar el plan por escrito.

El Ramadán obliga a ayunar desde el alba hasta el ocaso durante 29 o 30 días. En España dura entre 12 y 16 horas según la época del año, porque el calendario lunar adelanta el mes unos once días cada año y lo hace recorrer todas las estaciones. Aunque la enfermedad crónica exime, la mayoría ayuna igualmente: en el estudio EPIDIAR, sobre 12 243 personas con diabetes de 13 países, el 78,7 % de las que tenían DM2 ayunó al menos 15 días, y las hipoglucemias graves se multiplicaron por 7,5 (0,03 frente a 0,004 episodios/mes; $p < 0,0001$) (Salti I, 2004). Preguntar por el ayuno no lo provoca; no preguntar solo impide ajustarlo.

Hay un punto que muchos pacientes desconocen y que condiciona la seguridad del mes: la insulina subcutánea o intramuscular, el autoanálisis capilar y las extracciones venosas NO invalidan el ayuno, y los colirios y las gotas óticas se aceptan mayoritariamente; sí lo invalidan la vía oral y la rectal, y la mayoría de escuelas considera que también la inhalada y la intravenosa (Ghouri N, 2024). Explicarlo evita que el paciente suspenda por su cuenta la insulina y los controles.

1. Valoración antes del Ramadán

El asesoramiento debe iniciarse idealmente 6-8 semanas antes y corresponde sobre todo a la Atención Primaria (Benito Badorrey B, 2024; Ibrahim M, 2025). En esa visita se estratifica el riesgo, se ajusta el tratamiento, se pauta el autoanálisis y se entrega el plan por escrito, superando la barrera idiomática si hace falta. Es útil proponer de 3 a 5 ayunos de prueba en el mes previo, que permiten comprobar la tolerancia sin el compromiso religioso del Ramadán (Tabla 1; Ghouri N, 2024).

Tabla 1. Estratificación del riesgo y conducta recomendada

Riesgo	Perfil del paciente	Conducta
Alto	Hipoglucemia grave, cetoacidosis o descompensación hiperosmolar en los 3 meses previos; hipoglucemias de repetición o inadvertidas; mal control mantenido; FGe < 30 ml/min o diálisis; embarazo; complicaciones macrovasculares avanzadas; fragilidad o deterioro cognitivo.	Desaconsejar el ayuno de forma explícita. Si aun así decide ayunar, educación estructurada, autoanálisis frecuente y seguimiento estrecho.
Medio	Insulina en pauta bolo-basal o premezclada; ERC estadio 3; complicaciones macrovasculares estables; trabajo físico intenso o conducción profesional.	Valorar individualmente; ayuno posible con ajuste de tratamiento y autoanálisis.

Riesgo	Perfil del paciente	Conducta
Bajo	DM2 bien controlada con estilo de vida, metformina, iDPP-4, arGLP1, iSGLT-2, pioglitazona, sulfonilurea de segunda generación o insulina basal, con buen autocuidado y acceso a monitorización.	El ayuno suele ser seguro con educación y ajuste.

Código de colores: rojo, riesgo alto; naranja, medio; verde, bajo. arGLP-1: agonistas del receptor de GLP-1; DM2: diabetes mellitus tipo 2; ERC: enfermedad renal crónica; FGe: filtrado glomerular estimado; iDPP-4: inhibidores de la DPP-4; iSGLT-2: inhibidores del SGLT-2.
Fuente: Elaboración propia a partir de Hassanein M, 2022, y Ghouri N, 2024.

Esta estratificación categórica (alto, medio, bajo) es la de las guías IDF-DAR previas a 2021; ese año la IDF-DAR la sustituyó por un sistema de puntuación, pero la propia guía de Ghouri recomienda seguir usando las categorías porque el sistema de puntuación no está validado, tiene limitaciones importantes y puede sobrestimar el riesgo (Tabla 2).

Tabla 2. Ajuste del tratamiento durante el Ramadán

Fármaco	Ajuste durante el Ramadán
Metformina	Misma dosis total diaria. En pauta de una toma, administrarla en el iftar; en dos tomas, iftar y suhur; en tres tomas, unir la del mediodía a la del iftar.
iDPP4, pioglitazona y acarbosa	Sin cambios. Riesgo de hipoglucemia bajo.
arGLP-1	Sin cambios si la titulación se completó al menos 6-8 semanas antes. Si se inició más tarde, consultar con quien lo prescribió. Vigilar la tolerancia digestiva.
iSGLT-2	Sin cambios si se inició al menos 4 semanas antes. Administrar en el iftar y reforzar la hidratación (unas 2 L en la ventana nocturna). Extremar la cautela en personas mayores o frágiles, con diuréticos, hipotensión, ERC avanzada o riesgo de cetosis.
Sulfonilureas y glinidas	El grupo de mayor riesgo. Evitar glibenclamida y las formas de liberación modificada; usar gliclazida o glimepirida. Una toma: pasarla al iftar. Dos tomas iguales: mantener la del iftar y reducir la del suhur un 25-50 % si el control es bueno. Tres tomas: suprimir la del mediodía.
Insulina	Basal en una dosis: administrarla en el iftar y reducirla un 15-30 %. Basal en dos dosis: mantener la del iftar y reducir la del suhur un 25-50 %. Bolo-basal: reducir la basal un 15-30 %; el bolo del iftar según la ingesta; reducir el del suhur un 25-50 %; omitir los bolos de comidas no realizadas. Premezcladas: son de alto riesgo; valorar el cambio de pauta o el ayuno en invierno.

arGLP-1: agonistas del receptor de GLP-1; ERC: enfermedad renal crónica; iDPP-4: inhibidores de la DPP-4; iSGLT-2: inhibidores del SGLT-2. Iftar: comida nocturna con la que se rompe el ayuno; suhur: última comida antes del amanecer.
Fuente: Elaboración propia a partir de Hassanein M, 2022; Ghouri N, 2024; Ibrahim M, 2025.

Véase la Tabla 3.

Tabla 3. Criterios para interrumpir el ayuno

Situación durante el ayuno	Conducta
Glucemia < 70 mg/dl	Romper el ayuno.
Glucemia 70-90 mg/dl	Considerar romper el ayuno, sobre todo en las primeras horas o si toma insulina o secretagogos.
Glucemia < 90 mg/dl si va a conducir	Romper el ayuno si toma insulina o secretagogos y la conducción es necesaria.
Glucemia > 300 mg/dl	Romper el ayuno y valorar cetosis o descompensación.
Síntomas de hipoglucemia, mareo, síncope, confusión o deshidratación	Romper el ayuno de inmediato.
Cetonemia o sospecha de cetoacidosis	Romper el ayuno y valoración médica urgente.

Fuente: Elaboración propia a partir de Hassanein M, 2022, y Ghouri N, 2024.

El manejo de la hipoglucemia una vez roto el ayuno es el mismo que en cualquier otro momento del año (Capítulo 7.1).

2. Alternativas religiosas y dimensión intercultural

La tradición islámica no solo permite romper el ayuno por motivos de salud: lo recomienda, y ofrece alternativas. Si el problema es la duración del ayuno estival, los días pueden recuperarse en invierno, cuando dura 10-11 horas; si es la acumulación, pueden hacerse ayunos no consecutivos; y si la situación es permanente, existe la fidya, la limosna alimentaria que lo sustituye (Ghouri N, 2024). Conviene decirlo de forma explícita, porque muchos pacientes temen estar incumpliendo un precepto.

La revisión sistemática de Althubyani sobre población inmigrante arabófona con DM2 en países occidentales identifica la barrera idiomática, las creencias culturales y religiosas y la falta de conocimientos como los principales obstáculos para el autocuidado, y concluye que la educación terapéutica adaptada culturalmente es la vía más eficaz para superarlos (Althubyani AN, 2024). Una revisión en los dos meses siguientes al Ramadán permite ver qué funcionó y preparar el año siguiente (Ghouri N, 2024).

PARA LLEVARSE A LA CONSULTA

1. Preguntar por el Ramadán 6-8 semanas antes, no la semana previa, y dejarlo anotado en la agenda del año siguiente.
2. Explicar de forma explícita que la insulina, el autoanálisis y las analíticas no rompen el ayuno, y enseñar los criterios para interrumpirlo.
3. Si toma sulfonilurea, glinida o insulina, ajustar la dosis y entregar el plan por escrito, en su idioma si hace falta.
4. Ofrecer las alternativas religiosas (ayunar en invierno, ayunos no consecutivos, fidya) antes de limitarse a desaconsejar el ayuno.

Bibliografía

1. Althubyani AN, Gupta S, Tang CY, Batra M, Puvvada RK, Higgs P, et al. Barriers and enablers of diabetes self-management strategies among Arabic-speaking immigrants living with type 2 diabetes in high-income Western countries: a systematic review. J Immigr Minor Health. 2024;26(4):761-74. doi:10.1007/s10903-023-01576-0
2. Benito Badorrey B, Navarro Llevat B. Ramadán y diabetes. Diabetes Práctica. 2024;15(1):8-15. doi:10.52102/diabet/pract.2024.1.art2
3. Ghouri N. Guidelines for the management of diabetes mellitus during Ramadan. Versión 6. Glasgow: NHS Greater Glasgow and Clyde, Managed Clinical Network for Diabetes; 2024 [citado 8 sep 2026]. Disponible en: https://www.rightdecisions.scot.nhs.uk/media/ibwd3aw3/290-diabetes-mellitus-during-ramadan-v6.pdf
4. Hassanein M, Afandi B, Yakoob Ahmedani M, Mohammad Alamoudi R, Alawadi F, Bajaj HS, et al. Diabetes and Ramadan: practical guidelines 2021. Diabetes Res Clin Pract. 2022;185:109185. doi:10.1016/j.diabres.2021.109185
5. Ibrahim M, Ba-Essa EM, Ahmed A, Ahmad E, Annabi FA, Chaabane H, et al. Recommendations for the management of diabetes during Ramadan applying the principles of the ADA/EASD consensus: update 2025. Diabetes Metab Res Rev. 2025;41(5):e70057. doi:10.1002/dmrr.70057
6. Salti I, Bénard E, Detournay B, Bianchi-Biscay M, Le Brigand C, Voinet C, et al. A population-based study of diabetes and its characteristics during the fasting month of Ramadan in 13 countries: results of the epidemiology of diabetes and Ramadan 1422/2001 (EPIDIAR) study. Diabetes Care. 2004;27(10):2306-11. doi:10.2337/diacare.27.10.2306