5.1. Alimentación: patrones nutricionales saludables en la DM2

PUNTOS CLAVE

1. La terapia nutricional es tratamiento, no un consejo accesorio: por sí sola puede reducir la HbA1c entre 0,3 y 2 puntos porcentuales.
2. No hay un único patrón correcto. Mediterráneo, vegetariano, atlántico, DASH o bajo en hidratos de carbono pueden servir; el que funciona es el que la persona mantiene en el tiempo.
3. El patrón mediterráneo es el que tiene la evidencia más sólida en DM2 y, además, el que mejor encaja con la cultura gastronómica española. Eso no es un detalle menor: es lo que sostiene la adherencia.
4. Más allá del reparto de macronutrientes, lo que importa es priorizar alimentos mínimamente procesados y limitar ultraprocesados, sodio y alcohol.
5. El método del plato sigue siendo la herramienta más rentable para explicar todo esto en una consulta de diez minutos.

El tratamiento no farmacológico de la DM2 se apoya en tres pilares —alimentación, ejercicio físico y sueño— que conviene abordar de forma integrada; la intervención nutricional por sí sola puede reducir la hemoglobina glicada (HbA1c) entre 0,3 y 2 puntos porcentuales (ADA, 2026, secc. 5). El algoritmo de la redGDPS (Figura 1) ordena estos tres componentes junto con la entrevista personalizada inicial, el cribado de consumo de alcohol y tabaco, y las adaptaciones necesarias en situaciones especiales (pie de riesgo, retinopatía, insuficiencia cardíaca, neuropatía autónoma). Este capítulo desarrolla el primero de los tres pilares, la alimentación; el ejercicio físico y el sueño se tratan en el Capítulo 5.2, y el abordaje del tabaquismo se desarrolla en el Capítulo 6.4.

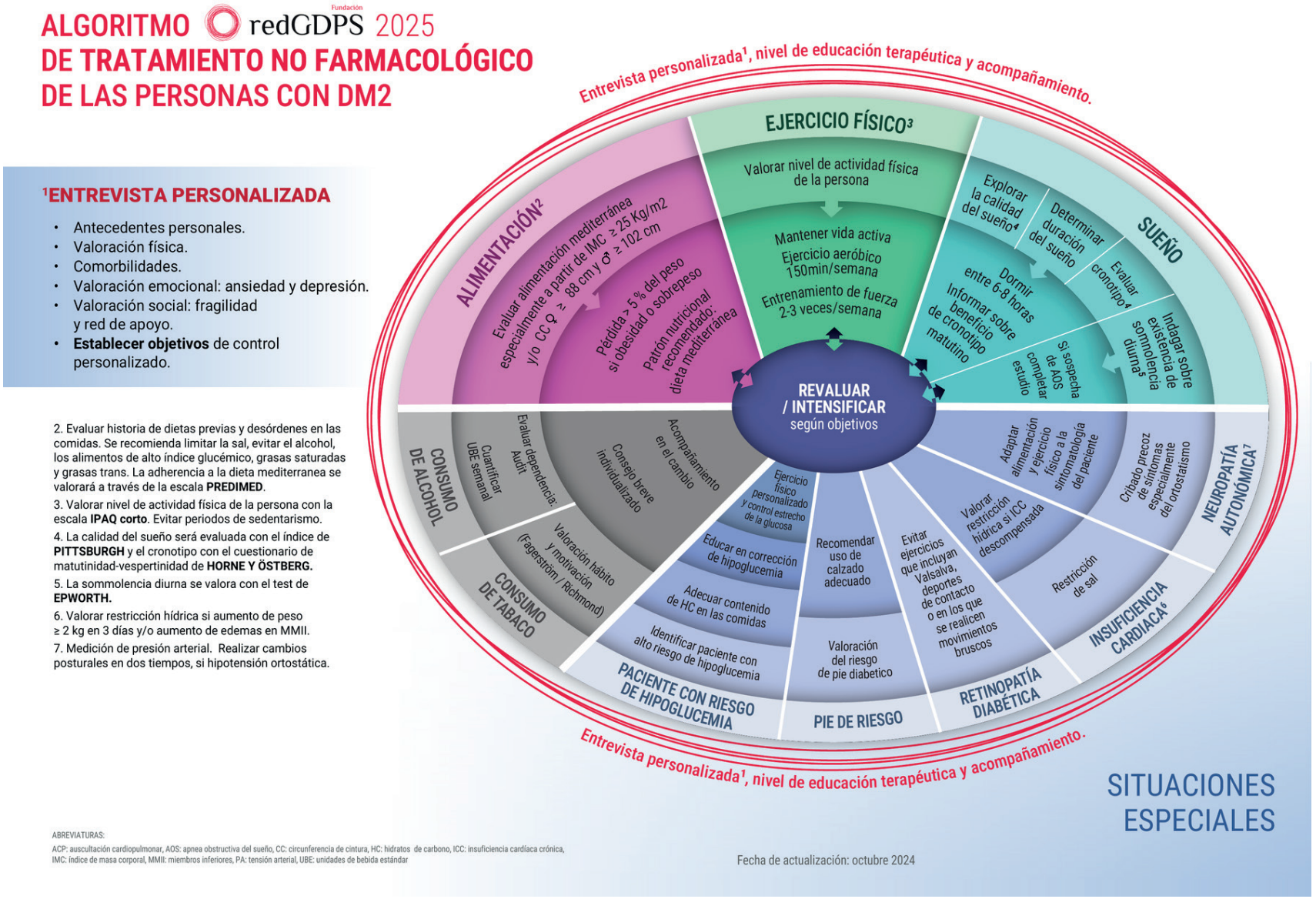
1. Peso corporal y objetivos ponderales

La terapia nutricional forma parte del tratamiento integral de las personas con diabetes. La mayoría de las personas con DM2 presenta sobrepeso u obesidad, y en ellas la pérdida de peso es una de las intervenciones con mayor rendimiento. Conviene distinguir dos escenarios: en prediabetes, el objetivo clásico es una pérdida del 7 % del peso corporal, que es el que demostró frenar la progresión a diabetes; en la DM2 ya establecida, una pérdida moderada, del 3 al 7 %, mejora la glucemia y otros factores cardiometabólicos, mientras que las pérdidas sostenidas por encima del 10 % pueden llegar a modificar el curso de la enfermedad (ADA, 2026, secc. 8). Un ritmo razonable es de 0,5 a 1 kg por semana, con un déficit de 500 a 750 kcal al día.

2. Recomendaciones generales

La alimentación debe ser saludable y variada, con énfasis en legumbres, cereales integrales, frutas y verduras. Como fuente de hidratación conviene priorizar el agua frente a cualquier otra bebida, nutritiva o no. El consumo de sodio debe limitarse a menos de 2300 mg al día, lo que contribuye, además, a la protección renal; esta es una de las razones para reducir los alimentos procesados y ultraprocesados, junto a su densidad calórica y su perfil aterogénico. Respecto al alcohol, no existe un nivel de consumo libre de riesgo, por lo que no se recomienda: aporta calorías vacías, aumenta el riesgo de hipoglucemia —sobre todo en quienes usan insulina o secretagogos— y se asocia a mayor riesgo de cáncer (Anderson BO, 2023).

Figura 1. Algoritmo de tratamiento no farmacológico de las personas con DM2.



Fuente: Fundación redGDPS, 2025 (actualización de octubre de 2024).

Figura 1 (continuación). Algoritmo de tratamiento no farmacológico de las personas con DM2, página 2: valoración física y por escalas, situaciones clínicas específicas y enlaces a otros algoritmos.

ALGORITMO redGDPS 2025 DE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LAS PERSONAS CON DM2

VALORACION FÍSICA

Peso, IMC, CC, PA, ACP, abdominal y carotídea, pulsos periféricos. Reflejos osteotendinosos, sensibilidad propioceptiva, profunda y superficial. Examen de los pies.

VALORACION POR ESCALAS

- **ESCALA DE GOLDBERG:** ansiedad y depresión.
- **ESCALA DE FRAIL:** fragilidad.
- **ESCALA DE ZARIT:** sobrecarga del cuidador.
- **ESCALA DE GIJÓN:** red de apoyo familiar.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO SEGÚN CONDICIONANTES CLÍNICOS

CONSUMO DE ALCOHOL

- ESCALA DE AUDIT CORTO: cribado **consumo de riesgo**.
- TEST AUDIT COMPLETO: detección síndrome de **dependencia** alcohólica.

Advertir sobre riesgo de hipoglucemia tardía y refractaria a glucagón.

CONSUMO DE TABACO

- **TEST FAGERSTRÖM: dependencia** a nicotina.
- **TEST DE RICHMOND: motivación** para abandono.

En ambos casos: recomendar abstinencia absoluta de tabaco y cigarros electrónicos y realizar acompañamiento según etapa del cambio (Prochaska y Diclemente).

PACIENTE CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA

- Fármacos con mayor riesgo de hipoglucemia: **insulinas, sulfonilureas y repaglinida.**
- Perfiles clínicos con mayor riesgo de hipoglucemia: pauta de MDI (multidosis de insulina), ancianos, frágiles, enfermedad renal o hepática avanzada, estado de desnutrición o ayuno prolongado, etc.
- Reconocimiento precoz de síntomas de hipoglucemia: temblor, mareo, sudoración, confusión, debilidad, convulsiones, pérdida de conocimiento, etc.
- Si paciente con sistema de monitorización intersticial de glucosa confirmar cifra con medición de glucemia capilar.
- **Cifra de hipoglucemia** consensuada a nivel mundial: **≤70mg/dl**.
- Educar en la **regla del 15** y manejo del glucagón a la familia o cuidador principal.

PIE DE RIESGO

Cribado y síntomas de alarma

- Cribado precoz de signos y síntomas según riesgo de ulceración (tabla 1).
- Valorar pérdida de sensibilidad protectora con una de éstas:
  - Monofilamento de Semmes-Weinstein 10 gramos.
  - Diapasón de 128 Hz.
  - Prueba del tacto de Ipswich (si no otras opciones).
- Identificar presencia de enfermedad arterial periférica: historia de claudicación intermitente, palpación de los pulsos del pie, palidez EEII, etc.
- Prevención: educar en autocuidado (protección, higiene) y realización de ejercicio físico según riesgo de ulceración (tabla 1).

CATEGORÍA	RIESGO DE ULCERACIÓN	CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA*
0	Muy bajo	No PSP y no signos de EAP	1 vez al año
1	Bajo	PSP o EAP	1 vez cada 6-12 meses
2	Moderado	PSP + EAP o PSP + deformidad del pie o EAP + deformidad del pie	1 vez cada 3-6 meses
3	Alto	PSP o EAP y 1 o más de los siguientes: • Antecedentes de úlcera en el pie • Amputación en miembros inferiores (menor o mayor) • Enfermedad renal en fase terminal	1 vez cada 1-3 meses

*La frecuencia de cribado se basa en la opinión de expertos, ya que no existe evidencia publicada que respalden estos intervalos
PSP = Pérdida de sensación protectora, EAP = Enfermedad arterial periférica

Tabla 1: Sistema de clasificación del riesgo del IWGDF 2023 y la correspondiente frecuencia del cribado del pie

RETINOPATÍA DIABÉTICA

- Optimizar control glucémico, de presión arterial y de lípidos séricos.
- No realizar actividad física si retinopatía proliferativa activa (hemorragia vítrea, tracción fibrosa) y tras fotocoagulación o cirugía reciente.

NEUROPATÍA AUTONÓMICA:

Cardiovascular

- Optimizar control glucémico y de factores de riesgo cardiovascular.
- Fomentar la actividad física para evitar el desacondicionamiento, evitando ejercicio físico de alta intensidad y esfuerzo físico en ambiente caluroso o frío.
- Evitar baños calientes.
- Recomendar levantarse de la cama lentamente y evitar cambios bruscos de posición.

Gastrointestinal / Gastroparesia

- Ingerir porciones más pequeñas y con más frecuencia.
- Escoger frutas y vegetales bien cocidos en vez de crudos.
- Evitar acostarse antes de dos horas tras comer.

Urológico

- Disfunción eréctil: Optimizar control glucémico y de otros factores de riesgo cardiovascular.
- Vejiga neurógena: Reducir ingesta de líquidos irritantes vesicales como café, té, gaseosa, etc.

ENLACES A OTROS ALGORITMOS ESPECÍFICOS DE SITUACIONES ESPECIALES:

Pie diabético: https://www.redgdps.org/algoritmopiediabetico

Fragilidad: https://www.redgdps.org/algoritmo-de-fragilidad

Enfermedad renal crónica:
https://www.redgdps.org/algoritmoerc_2024/Algoritmo_ERC_DM2_ESP_2024.pdf

Insuficiencia cardíaca:
https://www.redgdps.org/algoritmo-de-tratamiento-de-la-insuficiencia-cardiaca

Obesidad: https://www.redgdps.org/algoritmo-obesidad-2024

Fuente: Fundación redGDPS, 2025 (actualización de octubre de 2024).

3. Patrones nutricionales con evidencia en DM2

Véase la Tabla 1.

Tabla 1. Patrones nutricionales útiles en la DM2

Patrón	En qué consiste	Qué ha demostrado	A tener en cuenta
Mediterráneo	Aceite de oliva virgen extra, frutos secos naturales, legumbres, frutas, verduras y cereales integrales. Hidratos de carbono preferentemente en forma de alimentos sólidos, poco elaborados, con bajo índice glucémico y ricos en fibra soluble.	Es el patrón con la evidencia más sólida en DM2. Mejora la presión arterial y el perfil lipídico y, en personas de alto riesgo cardiovascular, redujo los eventos cardiovasculares mayores en torno a un 30 % (Estruch R, 2018; Salas-Salvadó J, 2019).	Muy ligado a la cultura gastronómica española, lo que favorece la adherencia a largo plazo.
Vegetariano o vegano	Sustituye alimentos de origen animal por alimentos de origen vegetal.	Favorece la reducción de peso corporal frente a patrones que incluyen productos de origen animal (ADA, 2026, secc. 5).	En veganos estrictos hay que vigilar el déficit de vitamina B12.
Atlántico	Similar al mediterráneo, con mayor presencia de pescado, patata, pan y lácteos.	En el ensayo GALIAT redujo la incidencia de síndrome metabólico (razón de tasas 0,32; IC 95 % 0,13-0,79) (Cambeses-Franco C, 2024).	Evidencia todavía limitada específicamente en personas con diabetes.
DASH	Rica en magnesio, potasio, calcio y fibra, con reducción marcada de sodio: frutas, verduras, cereales integrales, proteínas magras, legumbres, frutos secos y lácteos desnatados.	Diseñada para la hipertensión, reduce la presión arterial, sobre todo combinada con restricción de sodio (Sacks FM, 2001). Reconocida como opción saludable en DM2 (ADA, 2026, secc. 5).	Útil cuando la hipertensión es el condicionante dominante.
Bajo en hidratos de carbono	La ADA define el patrón bajo en hidratos como el 26-45 % de la energía total; por debajo del 26 % se habla de muy bajo.	Mejora el control glucémico y aumenta las tasas de remisión a los 6 meses, con un efecto que se atenúa a los 12 (Goldenberg JZ, 2021).	La heterogeneidad de definiciones dificulta trasladar la evidencia a recomendaciones concretas y uniformes (Sanz Vela N, 2024).

DASH: *Dietary Approaches to Stop Hypertension;* IC: intervalo de confianza.

Fuente: Elaboración propia (Goldenberg JZ, 2021, Cambeses-Franco C, 2024,ADA, 2026, secc. 5).

4. El método del plato

Es un método visual, sencillo y muy útil para la educación nutricional. Sobre un plato llano de unos 23 cm: la mitad, verduras y hortalizas con bajo contenido en hidratos de carbono; una cuarta parte, alimentos proteicos de buena calidad (pescado, aves, huevo, carne magra); la cuarta parte restante, cereales integrales, tubérculos o legumbres. Se acompaña de agua como bebida y, si procede, una pieza de fruta (ADA, 2026, secc. 5).

PARA LLEVARSE A LA CONSULTA

1. Preguntar primero qué come y cómo cocina, antes de proponer nada. La adherencia a largo plazo es la única variable que determina el resultado.
2. Elegir el patrón con la persona, no para la persona: el mediterráneo por evidencia y encaje cultural, pero cualquiera de los otros es válido si lo va a mantener.
3. Empezar por el método del plato: es lo que más rinde por minuto de consulta.
4. Si hay obesidad, pactar un objetivo ponderal explícito y por escrito: del 3 al 7 % para mejorar la glucemia, por encima del 10 % si se busca modificar el curso de la enfermedad.

Bibliografía

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S1-321. Secciones citadas: 5, Facilitating positive health behaviors and well-being (S89-131); 8, Obesity and weight management for the prevention and treatment of diabetes (S166-82). doi:10.2337/dc26-S008
2. Anderson BO, Berdzuli N, Ilbawi A, Kestel D, Kluge HP, Krech R, et al. Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. Lancet Public Health. 2023;8(1):e6-e7. doi:10.1016/S2468-2667(22)00317-6
3. Cambeses-Franco C, Gude F, Benítez-Estévez AJ, González-García S, Leis R, Sánchez-Castro J, et al. Traditional Atlantic diet and its effect on health and the environment: a secondary analysis of the GALIAT cluster randomized clinical trial. JAMA Netw Open. 2024;7(2):e2354473. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.54473
4. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. N Engl J Med. 2018;378(25):e34. doi:10.1056/NEJMoa1800389
5. Fundación redGDPS. Algoritmo de tratamiento no farmacológico de las personas con DM2. redGDPS 2025 (actualización de octubre de 2024) [Internet]. Madrid: Fundación redGDPS [citado 31 ago 2026]. Disponible en: https://www.redgdps.org/gestor/upload/2025/algoritmo_tto%20no%20farmacologico%2011.01.25.pdf
6. Goldenberg JZ, Day A, Brinkworth GD, Sato J, Yamada S, Jönsson T, et al. Efficacy and safety of low and very low carbohydrate diets for type 2 diabetes remission: systematic review and meta-analysis of published and unpublished randomized trial data. BMJ. 2021;372:m4743. doi:10.1136/bmj.m4743
7. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. N Engl J Med. 2001;344(1):3-10. doi:10.1056/NEJM200101043440101
8. Sanz Vela N, Aranbarri Osoro I. Algoritmo de tratamiento no farmacológico de las personas con diabetes mellitus tipo 2. Diabetes Práctica. 2024;15(4):135-69. doi:10.52102/diabet/pract.2024.4.art3