

## Editorial

# La dieta en el manejo de diabetes

Pablo Aschner   1, 2, 3

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

<sup>2</sup>Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

<sup>3</sup>Asociación Colombiana de Diabetes, Bogotá, Colombia

**Cómo citar:** Aschner P. La dieta en el manejo de diabetes. Rev Colomb Endocrinol Diabet Metab. 2022;9(4):e773.  
<https://doi.org/10.53853/encr.9.4.773>

**Recibido:** 22/Septiembre/2022

**Aceptado:** 04/Noviembre/2022


**Publicado:** 15/Noviembre/2022

Desde la época del profesor Elliot Joslin, a comienzos del siglo pasado, se considera la dieta (junto con el ejercicio) como uno de los pilares en el manejo de la diabetes. Él observó una reducción del 20% de mortalidad con un programa de dieta y ejercicio en su propia serie de unos 1000 casos.

Actualmente, la palabra "dieta" ha adquirido una connotación negativa y se ha querido cambiar por otras como "régimen alimenticio", pero su interpretación clínica como restricción calórica sigue siendo la clave para el manejo inicial de la diabetes tipo 2 (DT2), como lo demostró el estudio Direct (1), el cual logró la remisión en 46% de los casos de DT2 al cabo del primer año y de 36% al final de dos años, mediante la prescripción inicial de una dieta de muy bajas calorías (~ 800 kcal/día). La remisión estuvo entre el 86% y el 70% en aquellos pacientes que perdieron  $\geq 15$  kg. Probablemente la falla en lograr que las personas con DT2 pierdan peso es una de las mayores formas de inercia terapéutica, conduciendo a un escalamiento innecesario de antidiabéticos

hasta el punto de ver personas todavía obesas aplicándose insulina.

Se calcula que más del 80% de las personas con DT2 debutan con algún grado de exceso de peso. En ese momento, su identificación mediante un índice de masa muscular (IMC)  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> obliga a una intervención estructurada que debería incluir fármacos antiobesidad o preferiblemente de acción dual (también antidiabéticos). El exceso de grasa visceral (circunferencia de cintura  $\geq 94$ cm o  $\geq 90$ cm en hombres y mujeres, respectivamente) indica un alto grado de resistencia a la insulina y le da un sentido de urgencia a la intervención (por el riesgo cardiovascular que conlleva). Aunque el IMC no refleja con precisión la masa grasa, como lo sugieren los autores en el artículo incluido en este número (2), es suficiente para tomar decisiones clínicas. Un método como la bioimpedancia, con instrumentos debidamente calibrados, puede ser útil para evaluar cambios en la grasa corporal con diferentes intervenciones y para comprender mejor sus mecanismos de acción.

 **Correspondencia:** Pablo Aschner, Cra. 7 # 40-62, oficina de investigaciones, piso 2, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia. Correo-e: [pabloaschner@gmail.com](mailto:pabloaschner@gmail.com)

Dieta, estrictamente hablando, incluye también la composición de las comidas. En ese sentido, se han postulado numerosas dietas para controlar la DT2 como la baja en grasa, la baja/muy baja en carbohidratos, la vegetariana, la vegana y la DASH, pero la que ha demostrado además un impacto significativo sobre el riesgo cardiovascular (CV) es la mediterránea (3).

Mucho se ha discutido sobre el rol del consumo de azúcar en el control de la diabetes y la reducción del riesgo CV. Los autores de la revisión sistemática incluida en este número encontraron justamente que el tema de consumo de azúcar y riesgo CV es controversial (4), en parte se puede deber a la dificultad de evaluar intervenciones nutricionales, pero también puede tener relación con el hecho de que hay variables de confusión como el incremento del peso y el mal control de la diabetes que se asocian con un mayor consumo de azúcar y un mayor riesgo CV. Sin embargo, reducir carbohidratos con alto índice glucémico, azúcares añadidos y bebidas azucaradas, como proponen los autores, es una recomendación saludable.

La diabetes tipo 1 (DT1), a diferencia de la DT2, se manifiesta cuando hay destrucción (generalmente autoinmune) de las células beta de los islotes del páncreas, que son la fuente de insulina endógena. Por lo tanto, el tratamiento consiste básicamente en la administración de insulina exógena para cubrir las necesidades, tanto en el periodo de ayuno como en el periodo prandial; la persona con DT1 debe entrenarse para "pensar como un páncreas" y, entre otras cosas, calcular la dosis del análogo de insulina rápida que debe aplicarse para cubrir los requerimientos de cada comida y especialmente de su contenido de carbohidratos. Para ello, debe aprender lo que se conoce como "conteo de carbohidratos", un proceso que requiere bastante tiempo y dedicación por parte de un nutricionista con entrenamiento especial y del propio paciente y su familia. A pesar de ello, una de las principales causas de inercia en insulino terapia en DT1 es la falla en la titulación de la insulina preprandial, por ello, toda iniciativa que facilite o refuerce el conteo de carbohidratos, como la aplicación para

simular la glucosa posprandial que han diseñado los autores del artículo incluido en este número (5), es una importante contribución para resolver este problema.

## Referencias

- [1] Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, *et al.* Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2019;7:344-55. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(19\)30068-3](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30068-3)
- [2] Rosero R, González C, Polanco J, Eraso-Checa F. Identificación de variables antropométricas para la determinación del índice de masa grasa como herramienta diagnóstica en obesidad. *Rev Colomb Endocrinol Diabet Metab.* 2022;9(4):e769. <https://doi.org/10.53853/encr.9.4.769>
- [3] 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:e34. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1800389>
- [4] Sierra Umaña SF, Garcés Arias A, Salinas Mendoza S, Castillo Rodríguez CA, Álzate Granados JP. Consumo de azúcar y eventos cardiovasculares mayores: revisión sistemática. *Rev Colomb Endocrinol Diabet Metab.* 2022;9(4):e681. <https://doi.org/10.53853/encr.9.4.681>
- [5] Builes-Montaño CE, Lema-Pérez L, Monsalve-Arango LE, Naranjo-Cano MA, Sierra Duque CM, García-Tirado JF, *et al.* STUDIA: An application to support carbohydrate counting by simulating glucose dynamics. *Rev Colomb Endocrinol Diabet Metab.* 2022;9(4):e770. <https://doi.org/10.53853/encr.9.4.770>