



Artículo especial

Alimentos para diabéticos: ¿necesidad o *marketing*?

Foods for diabetics: a necessity or marketing?

Juan Revenga Frauca

Dietista-Nutricionista, Universidad San Jorge, Facultad de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de agosto de 2009
 Aceptado el 25 de agosto de 2009

Palabras clave:

Diabetes mellitus
 Alimentos especiales para diabéticos
 Sustitutos del azúcar en diabetes
 Alimentación en la diabetes

Keywords:

Diabetes mellitus
 Special foods for diabetics
 Sugar substitutes in diabetes
 Diabetic diets

RESUMEN

Se discute la recomendación del uso de “alimentos especiales para diabéticos”. Ya sea por su aporte energético reducido, por la reducción en su contenido graso, por la sustitución de azúcares por edulcorantes acalóricos u otros o por el cambio de determinados azúcares por otros de menor índice glucémico, la utilización de estos “alimentos especiales para diabéticos” no está justificada salvo que se los considere en el marco de una alimentación equilibrada, variada y saludable.

© 2009 Asociación Española de Dietistas - Nutricionistas. Publicado por Elsevier España, S.L.
 Todos los derechos reservados.

Foods for diabetics: a necessity or marketing?

ABSTRACT

The recommendation on the use of “special foods for diabetics” is discussed. Whether it is due to their reduced energy contribution, their reduced fat content, replacing sugars with low calorie sweeteners or the like, or replacing certain sugars with others with a lower glycaemic index, the use of these “special foods for diabetics” is not justified except when they are contemplated within the framework of a balanced, varied and healthy diet.

© 2009 Asociación Española de Dietistas - Nutricionistas. Published by Elsevier España, S.L.
 All rights reserved.

Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que se debe, básicamente, a que el páncreas no produce suficiente cantidad de insulina o el organismo no puede utilizarla eficazmente.

Un cálculo sobre la incidencia de esta enfermedad en el mundo en 2008 estimaba que la padecían unos 180 millones de personas. Esta cifra, ya de por sí significativa, se queda pequeña con los datos previstos para el año 2030, que sitúan la incidencia de DM en más del doble¹. En España la prevalencia de DM oscila entre el 4,8 y el 18,7%, cifras muy variables, entre otros motivos, por las diferentes características de las poblaciones estudiadas, sobre todo la edad, los distintos criterios diagnósticos y la metodología utilizada².

Por lo tanto, la DM puede ser considerada uno de los principales problemas de salud mundial, entre otras razones por su alta prevalencia, lo elevado del coste económico del tratamiento, los años de vida sana perdidos por quienes la padecen a causa de sus complicaciones y el número de muertes prematuras que ocasiona³.

El tratamiento de la DM comprende múltiples estrategias, referidas tanto a los estilos de vida —concretamente la alimentación y la actividad física— como a diversos tratamientos farmacológicos, que pueden incluir o no agentes orales como sulfonilureas, biguanidas, inhibidores de la alfa-glucosidasa y/o tiazolidinedionas, así como diferentes preparados de insulina. Las distintas combinaciones terapéuticas son variables y en cada caso particular dependen del tipo de DM, la evolución de la enfermedad, las características del paciente, etc. En cualquier caso, la terapia nutricional es, sin lugar a dudas, un denominador común a todas y cada una de las distintas posibilidades terapéuticas para la DM. El tratamiento nutricional de la DM se debe utilizar en la prevención primaria de la enfermedad, comenzando antes

Correo electrónico: jarevenga@usj.es

de su diagnóstico; durante la prevención secundaria, en el caso de DM ya establecidas, y para ralentizar el desarrollo de las frecuentes complicaciones que conlleva, es decir, en la prevención terciaria⁴⁻⁶.

Sobre el tratamiento nutricional en la DM, el consejo ha evolucionado de manera notable con el paso de los años. A comienzos del siglo xx, cuando se empezó a descubrir y comprender los mecanismos de la DM, se pensaba que las altas ingestas de hidratos de carbono de cualquier índole eran un factor de riesgo predisponente a la DM, más en concreto la del tipo 2. De esta forma, en los últimos años hemos sido testigos del cambio en el consejo nutricional dirigido a los pacientes con DM⁷ (tabla 1). A su vez y en función también del avance de la industria alimentaria y de una —expresémoslo así— creciente conciencia de “consumo para la salud” entre la población, los alimentos y productos “para diabéticos” empezaron a proliferar, con lo que se ha creado entre los afectados una serie de dudas sistemáticas relativas a su uso, su idoneidad o falta de ésta y cómo el consumo de estos “alimentos especiales” afectan a su enfermedad y sus síntomas^{8,9}. A modo de ejemplo, ya en 1978 dos investigadores expresaban en *Diabetes Care* serias dudas acerca de estos alimentos “para diabéticos”¹⁰.

¿Qué dicen las recomendaciones nutricionales para DM?

Tomando como referencia las más actuales recomendaciones nutricionales en las prevenciones tanto primaria como secundaria y terciaria del tratamiento de la DM de la American Diabetes Association, llama la atención que no se encuentre entre dichas recomendaciones ninguna referencia a los genéricamente denominados “alimentos especiales para diabéticos”⁴. Más en concreto, el resumen de las recomendaciones para el control nutricional de la DM (prevención secundaria) queda reflejado de la siguiente manera:

Sobre la ingesta de hidratos de carbono

Se citan, entre otros, los siguientes puntos que tener en cuenta:

- En las características del perfil dietético general se han de incluir diariamente frutas, verduras, cereales integrales, legumbres y leche desnatada con el fin de promover una buena salud general.
- El uso del índice glucémico para los hidratos de carbono puede proporcionar un beneficio modesto respecto al control del total de hidratos de carbono consumidos.
- La sacarosa puede ser sustituida por otros hidratos de carbono en la pauta dietética. No obstante, se debe evitar el exceso en el ingreso de energía, sea cual fuere el origen de dicho exceso energético.
- Al igual que la población general, los diabéticos también deberían esforzarse por aumentar el consumo de alimentos ricos en fibra.
- En cuanto a los edulcorantes, tanto los polialcoholes como los edulcorantes acalóricos son seguros, siempre y cuando se los consuma en el marco de las recomendaciones máximas que estos alimentos tienen asignadas por las administraciones sanitarias.

Sobre la ingesta de lípidos y colesterol

- Las grasas saturadas no deben aportar más del 7% de la ingesta calórica total.

- Se debe minimizar la ingesta de grasas trans.
- El límite dietético de colesterol que se recomienda a los pacientes con DM se sitúa en 200 mg/día.
- Debe haber dos o más raciones de pescado semanales (en esta recomendación se excluye el pescado procesado para freír) a fin de garantizar un consumo adecuado de ácidos grasos poliinsaturados omega-3.

Sobre la ingesta de proteínas

- Para pacientes con DM que conserven una función renal normal, no hay evidencia para una reducción en las recomendaciones de consumo de proteínas y situar el aporte en torno a un 15-20% del total de calorías de la dieta (0,8 g/kg peso/día).
- No se debe usar dietas hiperproteínicas (> 20% de las calorías totales) con el fin de perder peso, ya que no hay evidencia acerca del manejo de las posibles complicaciones ni del mantenimiento de la pérdida de peso a largo plazo, además de las posibles complicaciones renales a largo plazo.

Es decir, las recomendaciones nutricionales en casos establecidos de DM no distan de las recomendaciones dirigidas a la población general. Y, en cualquier caso, no se recoge referencia alguna a los citados “alimentos especiales” en dicho documento.

Del mismo modo, y más en nuestro entorno, la Sociedad Española de Diabetes (SED) no recoge ninguna recomendación de consumo acerca de este tipo de alimentos, y se puede contrastar que todas y cada una de las recomendaciones dirigidas a los diabéticos podrían ser, y de hecho lo son, recomendaciones que se hacen a la población general no diabética a la hora de articular la alimentación como un factor que condiciona su salud¹¹. Incluso la única referencia que se ha encontrado alusiva a los “alimentos especiales para diabéticos” a través de la SED se sitúa en el marco de un trabajo de divulgación general titulado “Tópicos erróneos en la diabetes”, en el que se cita como error tópico “Alimentos para diabéticos: puedo comer lo que quiera” (sic); en el mismo trabajo se contesta que, aunque se los denomine y/o se los venda con el argumento de “alimentos permitidos, tolerados o especiales para diabéticos”, ello no implica que se pueda consumirlos sin control; que el consumo de un determinado alimento sea adecuado o no se asiente en la eficacia de la educación diabetológica del propio paciente, por lo que se invita a realizar siempre una correcta lectura de la etiqueta del alimento concreto, conocer su ración estándar de consumo y solicitar, en caso de duda, el consejo de un experto en la materia¹².

Pese a que actualmente son escasas las referencias contrastadas sobre las recomendaciones nutricionales que aludan directamente a los “alimentos especiales para diabéticos”, algunas hay y en la mayoría de los casos las recomendaciones aportadas sobre lo apropiado de su consumo se dan desde la prudencia, y se apela por encima de todo a la necesidad de seguir una dieta equilibrada dentro de las recomendaciones en salud más básicas. No obstante, también se encuentran comentarios negativos o criminalizadores sobre estos productos. Tal es el caso de las recomendaciones recogidas por el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) que, en una guía para el tratamiento de la DM2 y en el marco de las recomendaciones para la adecuación de los estilos de vida, sentencia que “se desaconseja el uso de alimentos comercializados específicamente para diabéticos” (sic)¹³.

Algunas controversias

Respecto al tipo de hidratos de carbono que se puede ingerir, desde hace más o menos tres décadas se viene debatiendo la utilidad del concepto de índice glucémico (IG), por el que se clasifica los alimentos que son buena fuente de hidratos de carbono según su potencial para aumentar la glucemia tras ingerirlos. El IG se define como el área del incremento bajo la curva de respuesta glucémica de una porción de 50 g de hidratos de carbono de un alimento de prueba,

Tabla 1
Evolución del consejo dietético referido al reparto de principios inmediatos

Año	Hidratos de carbono	Proteínas	Grasas
Antes de 1921	Dietas de ayuno		
1921	20%	10%	70%
1950	40%	20%	40%
1971	45%	20%	35%
1986	55-60%	12-20%	< 30%
Después de 1994	45-65%	15-20%	20-35%

Adaptada de Bantle et al⁴ y American Diabetic Association⁷.

expresado en porcentaje de respuesta a la misma cantidad de hidratos de carbono de un alimento estándar (generalmente el pan blanco o glucosa). Los alimentos con un IG bajo se digieren y se absorben más lentamente que los alimentos con un IG alto. Ejemplos de IG bajo son las legumbres, los cereales y los derivados integrales, así como muchas frutas y verduras. No obstante, en la práctica numerosos factores influyen en el IG real del conjunto de alimentos ingeridos (tipo de elaboración de los alimentos, presencia de otros componentes alimenticios como grasas, proteínas o fibra, método de medición, etc.)^{14,15}. En cualquier caso, como ya se ha mencionado, la American Diabetes Association (ADA), en su último posicionamiento, considera que el uso del IG como herramienta para mejorar la evolución de la DM puede aportar un beneficio adicional, pero modesto, sobre el observado cuando se considera sólo el total de hidratos de carbono. Además, la ADA considera que, si se propone como un método para plantear una dieta, se debe advertir sobre la escasa evidencia de su eficacia⁴.

Además, y sin olvidar que la fructosa es un ingrediente utilizado con frecuencia por la industria alimentaria orientada a productos para diabéticos, conviene tener en cuenta tanto un reciente metaanálisis de la literatura científica como la postura de la ADA, que desaconsejan el uso habitual de fructosa por los pacientes diabéticos. Esto, entre otros motivos, se debe a un potencial riesgo de aumento de los lípidos en sangre^{4,16}.

Por último, entre las recomendaciones generales en el caso de DM, en especial la DM2, figuran la pérdida de peso o el control de éste, la reducción en la ingesta de grasas, el aporte de lípidos con un determinado perfil, etc. Sin embargo, este tipo de recomendaciones también se dirige a una población general que, aunque no sufra DM, se autopercebe —a tenor de la creciente incidencia de trastornos metabólicos debida a estilos de vida inadecuados— como un consumidor “diana” de variados preparados alimenticios con múltiples declaraciones nutricionales y propiedades saludables. De esta forma, es posible que los potenciales consumidores de los “alimentos especiales para diabéticos” no sean sólo los propios diabéticos, sino también una determinada población que, preocupada por su salud, termine escogiendo este tipo de producto.

Conclusiones

Según la más reciente evidencia científica, no hay motivo alguno para recomendar el uso de “alimentos especiales para diabéticos” más allá de que este tipo de productos puedan incluirse en las recomendaciones más generales en cuanto a la relación entre alimentación y salud. Ya sea por su aporte energético reducido, la reducción en su contenido graso, la sustitución de azúcares por edulcorantes acalóricos u otros o el cambio de determinados azúcares por otros de menor IG, la utilización de estos “alimentos especiales para diabéticos” no está justificada salvo que se los considere en el marco de una alimentación equilibrada, variada y saludable. En cualquier caso, la importancia que tiene este estilo de alimentación supera con creces

cualquier alegación que se haga sobre cualquier alimento concreto en el tratamiento nutricional de la DM.

Al menos en el entorno europeo, es de esperar que la próxima entrada en vigor efectiva de la normativa europea relativa a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos (en la que se recoge textualmente que “[...] la utilización de declaraciones nutricionales y de propiedades saludables no deberá: [...] afirmar, sugerir o dar a entender que una dieta equilibrada y variada no puede proporcionar cantidades adecuadas de nutrientes en general”¹⁷) arroje un poco más de claridad en el abordaje nutricional de la DM, tanto para el consumidor aquejado de DM como para el profesional sanitario, a la hora de consumir estos productos o recomendar su consumo.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N.º 312. Noviembre de 2008 [citado 10 Jun 2009]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
2. Ruiz-Ramosa M, Escolar-Pujolar A, Mayoral-Sánchez E, Corral-San Laureano F, Fernández-Fernández I. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gac Sanit*. 2006;20 Supl 1:15-24.
3. Steyn NP, Lambert EV, Tabana H. Conference on “Multidisciplinary approaches to nutritional problems”. Symposium on “Diabetes and health”. Nutrition interventions for the prevention of type 2 diabetes. *Proc Nutr Soc*. 2009;68:55-70.
4. Bantle JP, Wylie-Rosett J, Albright AL, Apovian CM, Clark NG, Franz MJ, et al; American Diabetes Association. Nutrition recommendations and interventions for diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2008;31 Suppl 1:S61-78.
5. Franz MJ, Boucher JL, Green-Pastors J, Powers MA. Evidence-based nutrition practice guidelines for diabetes and scope and standards of practice. *J Am Diet Assoc*. 2008;108 Suppl 1:S52-8.
6. Kulkarni K, Boucher JL, Daly A, Shwide-Slavina C, Silvers BT, O’Sullivan Maillet J, et al; American Dietetic Association. American Dietetic Association: Standards of practice and standards of professional performance for registered dietitians (generalist, specialty, and advanced) in diabetes care. *J Am Diet Assoc*. 2005;105:819-24.
7. American Diabetic Association: position statement. Nutrition recommendations and principles for people with diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 1994;17:519-22.
8. Andel M. [Does the diabetic patient need special diabetic food?]. *Cas Lek Cesk*. 1994;133:292-4.
9. Lenner RA. Specially designed sweeteners and food for diabetics — a real need? *Am J Clin Nutr*. 1976;29:726-66.
10. Talbot JM, Fisher KD. The need for special foods and sugar substitutes by individuals with diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 1978;1:231-40.
11. Sociedad Española de Diabetes (SED). Educación en diabetes. Alimentación [citado 10 Jun 2009]. Disponible en: <http://www.sediabetes.org/gestor/upload/file/00001068archivo.pdf>
12. Sociedad Española de Diabetes (SED). Educación en diabetes. Tópicos erróneos en Diabetes [citado 10 Jun 2009]. Disponible en: <http://www.sediabetes.org/gestor/upload/file/00001074archivo.pdf>
13. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). The management of type 2 diabetes [citado 10 Jun 2009]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk>
14. Atkinson FS, Foster-Powell K, Brand-Miller JC. International tables of glycemic index and glycemic load values: 2008. *Diabetes Care*. 2008;31:2281-3.
15. Foster-Powell K, Holt S, Brand-Miller JC. International table of glycemic index and glycemic load values: 2002. *Am J Clin Nutr*. 2002;76:5-56.
16. Sievenpiper JL, Carleton AJ, Chatha S, Jiang HY, De Souza RJ, Beyene J, et al. Heterogeneous effects of fructose on blood lipids in people with type 2 diabetes: Systematic review and meta-analyses of experimental trials in humans. *Diabetes Care*. 2009 Jul 10 [Epub ahead of print].
17. Reglamento (CE) 1924/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de diciembre de 2006, relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos.