

ESTILOS DE VIDA (Actividad física y dieta) EN LA DIABETES TIPO 2 2026.

ESTILOS DE VIDA

MANTENER UN PESO ÓPTIMO MEDIANTE EJERCICIO Y DIETA

ACTIVIDAD FÍSICA:

Aconsejar a los jóvenes que realicen *60 min/día o más de actividad aeróbica de intensidad moderada o vigorosa, con actividades de fortalecimiento muscular y óseo al menos 3 días/semana. Puede ser suficiente con un entrenamiento de intervalos o de intensidad vigorosa de menor duración (mínimo 75 min/semana)*.

Aconsejar a la mayoría de los adultos que realicen *150 min o más de actividad aeróbica de intensidad moderada a vigorosa a la semana, repartidos en al menos 3 días/semana, con no más de 2 días consecutivos sin actividad y que realicen 2-3 sesiones/semana de ejercicio de resistencia en días no consecutivos o recomendar entrenamiento de la flexibilidad y el equilibrio 2-3 veces por semana*. El yoga y el Tai chi pueden incluirse en función de las preferencias individuales para aumentar la flexibilidad, la fuerza muscular y el equilibrio.

Evaluar la actividad física y el tiempo que pasan en comportamientos sedentarios. Para las personas que no cumplen las directrices de actividad, fomentar el aumento de las actividades físicas (por ejemplo, caminar, yoga, tareas domésticas, jardinería, natación y baile) por encima del valor basal. Aconsejar que se interrumpa la sedestación cada 30 minutos para obtener beneficios en la glucemia.

IMPORTANCIA DE LOS COMPORTAMIENTOS FÍSICOS DURANTE LAS 24 HORAS EN LA DIABETES TIPO 2

SENTARSE/INTERRUMPIR LA SEDESTACIÓN PROLONGADA

Límite el tiempo sentado. Interrumpir la sedestación (cada 30 min) con sesiones cortas y regulares de marcha lenta/ejercicios de resistencia puede mejorar el metabolismo de la glucosa.



PASO A PASO.

Un aumento de sólo 500 pasos al día se asocia a una disminución del 2-9% del riesgo de mortalidad cardiovascular y por todas las causas.

Un paseo de 5 a 6 minutos de intensidad rápida al día equivale a $\sim\sim 4$ años más de esperanza de vida.



DORMIR

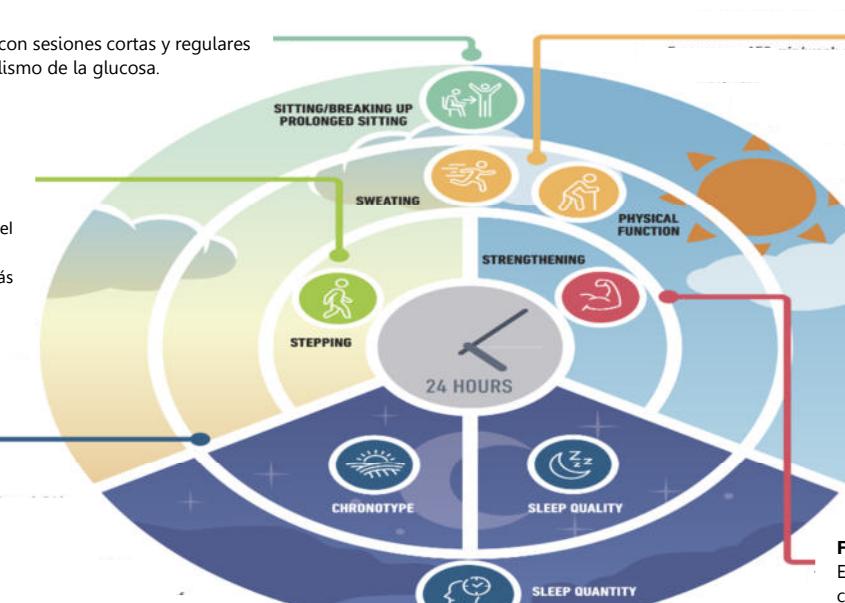
Intente dormir sin interrupciones, incluso los fines de semana.



Cantidad. Sueño de larga duración (>8 h) y de corta duración (<6 h) repercuten negativamente en la HbA1C

Calidad El sueño irregular se traduce en niveles glucémicos más bajos, probablemente debido a la mayor prevalencia de insomnio, apnea obstructiva del sueño y síndrome de piernas inquietas en personas.

Cronotipos Los cronotipos nocturnos noctámbulos pueden ser más propensos a la inactividad y a niveles glucémicos más bajos que los cronotipos matutinos madrugadores



EJERCICIO (ACTIVIDAD MODERADA A INTENSA)

Fomentar ≥ 150 min/semana de actividad física de intensidad moderada (Utiliza grandes grupos musculares, andar al aire libre) o ≥ 75 min/semana de actividad de intensidad vigorosa repartidos en ≥ 3 días/semana con menos de 2 días consecutivos de inactividad. Complementar con dos o tres sesiones de resistencia, flexibilidad y/o equilibrio.

Tan sólo 30 min/semana de actividad física de intensidad moderada mejora los perfiles metabólicos



FUNCIÓN FÍSICA/ FRAGILIDAD/ SARCOPENIA.

El fenotipo de fragilidad en la diabetes tipo 2 es único, y a menudo incluye la obesidad junto con la fragilidad física, a una edad más temprana. La capacidad de las personas con diabetes tipo 2 para realizar ejercicios funcionales sencillos en la edad media es similar a la de las personas con una década más.



FORTALECIMIENTO

El ejercicio de resistencia (cualquier actividad que utilice el propio peso corporal de la persona o trabaje contra una resistencia) también mejora la sensibilidad a la insulina y los niveles de glucosa; actividades como el Tai chi y el yoga también incluyen elementos de flexibilidad y equilibrio.



IMPACTO DE LOS COMPORTAMIENTOS FÍSICOS SOBRE LA SALUD CARDIOMETABÓLICA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2

	GLUCOSA/ INSULINA	TENSIÓN ARTIAL	HbA1c	LÍPIDOS	ACTIVIDAD FÍSICA	DEPRESIÓN	CALIDAD DE VIDA
	SENTARSE/ INTERRUMPIR ESTA	↓	↓	↑	↑	↑	↑
	SUBIR ESCALERAS	↓	↓	↓	↑	↑	↑
	EJERCICIO (ACTIVIDAD MODERADA A INTENSA)	↓	↓	↓	↑	↑	↑
	FORTECIMIENTO	↓	↓	↓	↑	↓	↑
	ADECUADA DURACIÓN DEL SUEÑO	↓	↓	↓	SIN DATOS	↓	↑
	BUENA CALIDAD DEL SUEÑO	↓	↓	↓	SIN DATOS	↓	↑
	CRONOTIPO	↓	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	↓	SIN DATOS

Flecha verde: Fuerte evidencia; **Flechas amarillas:** Evidencia media; **Flechas rojas:** Evidencia limitada

NUTRICIÓN/ DIETA:

Promover y apoyar patrones de alimentación saludables, basados alimentos ricos en nutrientes en cantidad adecuada, para mejorar la salud (Evidencia A) y:

- ✓ Alcanzar y mantener los objetivos individualizados de peso corporal, de glucemia, tensión arterial y lípidos
- ✓ Retrasar o prevenir las complicaciones de la diabetes

Existen cuatro momentos críticos para evaluar las necesidades de educación sobre el autocontrol de la DM con el que adquirir habilidades de apoyo con las que afianzar la terapia nutricional y de bien estar en general:

- ✓ Al momento del diagnóstico
- ✓ Anualmente y/o cuando no se alcanzan los objetivos del tratamiento.
- ✓ Cuando se existen complicaciones en su implementación (médicos, físicos o psicosociales)
- ✓ Cuando existan cambios vitales en el paciente.

Abordar las necesidades nutricionales en función de las preferencias personales, los conocimientos básicos sobre salud, el acceso a alimentos saludables, la voluntad y la capacidad de realizar cambios de comportamiento y las barreras existentes para el cambio. Como la de adaptar las calorías al peso y a los objetivos a alcanzar.

Los objetivos en la terapia nutricional en los adultos con DM se basarán en incidir sobre una alimentación saludable y variada con alimentos y proporciones adecuadas de micronutrientes con las que alcanzar y mantener el peso corporal, los objetivos individualizados de glucemia, la presión arterial (PA) y los lípidos, al mismo tiempo que se retrasan o previenen las complicaciones de la DM utilizando dietas ricas en verduras y legumbres con ácidos grasos poliinsaturados y monoinsaturados, manteniendo el placer de comer con mensajes sin prejuicios sobre la elección de alimentos y limitando la elección de alimentos sólo cuando lo indiquen pruebas científicas.

Proporcionar las herramientas prácticas para desarrollar patrones alimentarios saludables en lugar de centrarse en macronutrientes, micronutrientes o alimentos concretos.

En este sentido, existen evidencias que señalan que las dietas bajas en HC (DBHC) o muy bajas en HC (DMBHC), del 20-30% de la energía total, incrementan la saciedad, ayudan a mejorar la glucemia y reducen la HbA1c y con ello la necesidad de medicación antidiabética. No existe un porcentaje en la distribución ideal de calorías (sean de los HC, grasas o proteínas) en la población con DM, por lo que se debe prescribir una dieta individualizada en cada paciente

Incidir en la prevención en el inicio del consumo de alcohol en los abstemios y en el consumo de edulcorantes artificiales.

En el caso de presentar insuficiencia renal Los pacientes deben consumir una dieta equilibrada y saludable que rica en verduras, frutas, cereales integrales, fibra, legumbres, proteínas vegetales, grasas insaturadas y frutos secos, y baja en carnes procesadas, carbohidratos refinados y bebidas azucaradas. Sodio (<2 g/día) y proteínas (0,8 g/kg/día) de acuerdo con las recomendaciones para la población general.

OTROS:

SUEÑO: 8 horas por la noche.

CONSUMO MODERADO DE ALCOHOL.

NO FUMAR.

CONSUMO MENOR DE 2 GRAMOS DE SODIO (SAL) AL DÍA

BIBLIOGRAFÍA: Adaptado de:

- ✓ Standards of Care in Diabetes—2026. American Diabetes Association. Diabetes Care 2026; january;49(Supplement_1): https://diabetesjournals.org/care/article/49/Supplement_1/S6/163930/Summary-of-Revisions-Standards-of-Care-in-Diabetes
- ✓ Alan J. Garber, Yehuda Handelsman, George Grunberger, Paul D. Rosenblit, Susan Samson, Guillermo E. Umpierrez.Consensus Statement by the American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology on the Comprehensive Type 2 Diabetes Management Algorithm – 2020 Executive Summary. DOI: <https://doi.org/10.4158/CS-2019-0472>
- ✓ Susan L. Samson, Priyathama Vellanki, Lawrence Blonde. American Association of Clinical Endocrinology Consensus Statement: Comprehensive Type 2 Diabetes Management Algorithm – 2023 Update. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2023.02.001>
- ✓ SCORE. SCORE2-Diabetes Working Group and the ESC Cardiovascular Risk Collaboration. SCORE2-Diabetes: 10-year cardiovascular risk estimation in type 2 diabetes in Europe. Eur Heart J. 2023 Jul 21;44(28):2544-2556. doi: 10.1093/eurheartj/ehad260
- ✓ Calculadora RCV. ESC CVD Risk Calculation App. Individual cardiovascular risk assessment for healthcare professionals <https://www.escardio.org/Education/ESC-Prevention-of-CVD-Programme/Risk-assessment/esc-cvd-risk-calculation-app>
- ✓ Masana L, Plana N. Actualización de las tablas de planificación terapéutica hipocolesterolemiantre orientadas a la obtención de los objetivos terapéuticos. Clin Invest en Arteriosclerosis. Vol. 31. Núm. 6. Páginas 271-277 (Noviembre- Diciembre 219). <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-actualizacion-las-tablas-planificacion-terapeutica-S0214916819300555>. DOI: [10.1016/j.carteri.2019.04.005](https://doi.org/10.1016/j.carteri.2019.04.005)
- ✓ Proyecto MIRA [Internet]. Redgdps.org. [citado el 9 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.redgdps.org/proyectomira/materiales.php> (Todas las Ilustraciones del documento proceden de Proyecto MIRA [Internet]. Redgdps.org. [citado el 9 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.redgdps.org/proyectomira/materiales.php>)
- ✓ Barrot J, Franch J, Mundet X, Romero P. Atlas en retinopatía diabética y lectura de retinografías [Internet]. Available from: <https://www.redgdps.org/proyectomira/Atlasretinodiab2019.pdf>
- ✓ Romero-Aroca P, Sagarra R, Figura. Anatomía de la retina La retinopatía diabética e hipertensiva Los principales problemas de salud Anatomía de la retina normal. AMF [Internet]. 2018;14(7):382-93. Available from: <https://www.comcordoba.com/wp-content/uploads/2018/08/La-retinopat%C3%A9tica-diab%C3%A9tica-e-hipertensiva.-AMF-2018.pdf>
- ✓ Proceso asistencial integrado diabetes mellitus tipo 2 Actualización 2023 [Internet]. [cited 2024 May 26]. Available from: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/620/PAI%20DM2%20 CASTELLANO DEF.pdf>
- ✓ Kdigo 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Mangement in Chronic Kidney Disease. Kidney International (2022) 102 (55); <https://www.kidney-international.org/action/showPdf?pii=S0085-2538%2822%2900507-5>
- ✓ de Boer IH, Khunti K, Sadusky T, et al. Diabetes management in chronic kidney disease: a consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Diabetes Care 2022;45: 3075-3090
- ✓ Bolcan (Boletín Canario de uso de racional del medicamento de SCS) FARMACOTERAPIA EN PACIENTES CON ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL (1^a parte). Vol 11 (3). Diciembre 2019. https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/cae7bdb4-49b3-11ea-88ac-e3f0d66df59b/BOLCAN_Farmacoterapia%20en%20ERC_Vol11n%C2%BA3_2019.pdf
- ✓ redGDPS. Resumen y Novedades de Standards of Care in Diabetes- 2024. <https://redgedaps.blogspot.com/2023/12/resumen-y-novedades-de-standards-of.html>
- ✓ Fichas técnicas de los productos. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Revisadas diciembre de 2023.
- ✓ Informe Nacional de Estadísticas de la Diabetes 2020. Estimaciones sobre la diabetes y su carga en los EEUU. https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/NDSR_2020_Spanish-508.pdf