Publicación Científica de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila
REVISTA MÉDICA ELECTRÓNICA DE CIEGO DE ÁVILA
Editorial Ciencias Médicas
2026;32: e4358
ISSN: 1029-3035
RNPS: 1821

Artículo de revisión

Dieta mediterránea para el control glucémico e intensidad del tratamiento en diabetes tipo 2: revisión sistemática y meta-análisis

Mediterranean diet for glycemic control and treatment intensity in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis

Dieta mediterrânea para o controle glicêmico e intensidade do tratamento no diabetes tipo 2: revisão sistemática e metanálise

Alexa Fernanda-Cortez[1*] https://orcid.org/0009-0002-4424-7665
Katherine Anajancy Casco-Chamorro[1] https://orcid.org/0009-0008-9257-156X

[1]Doctor en Medicina y Cirugía. Estudiante de la Especialización en Nutrición Clínica. Departamento de Posgrado de Ciencias Médicas. Universidad de Ciencias Médicas. Managua, Nicaragua.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: alexa6cortezm@gmail.com

RESUMEN

Introducción: la dieta mediterránea mejora el control metabólico en la diabetes mellitus tipo 2, pero se desconoce el mantenerlo con menor medicación que otros patrones alimentarios.

Objetivo: evaluar la evidencia sobre el efecto de la dieta mediterránea en el control glucémico y el tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo 2.

Métodos: revisión sistemática con meta-análisis, conforme a PRISMA 2020 y el marco PICO, restringida a ensayos clínicos aleatorizados. Se buscó en *PubMed, Scopus*, LILACS y SciELO hasta el 29 de julio de 2026, combinando descriptores *MeSH* y *DeCS* de dieta mediterránea y diabetes mellitus tipo 2. El riesgo de sesgo se evaluó con RoB 2 y la certeza de la evidencia con GRADE. Los resultados se sintetizaron de forma descriptiva y, cuando fue posible, mediante metaanálisis de efectos aleatorios con estimador de Paule–Mandel.

Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed

2026;32: e4358
ISSN: 1029-3035
RNPS: 1821

Desarrollo: se incluyeron siete ensayos aleatorizados que comparaban dieta mediterránea con dieta baja en grasa, dieta habitual, dieta de la Asociación Americana de Diabetes o patrones de intercambio de alimentos. Dos, con 1 425 participantes, mostraron menor riesgo de iniciar medicación antihiperglucemiante. Cinco, con 670 participantes, mostraron reducción de hemoglobina glucosilada y cuatro, con 609 participantes, reducción del peso corporal. La información sobre remisión y seguridad fue limitada.

Conclusiones: la dieta mediterránea mejoró modestamente el control glucémico y el peso corporal, y podría retrasar el inicio del tratamiento antihiperglucemiante; sin embargo, el escaso número de ensayos y la heterogeneidad clínica por diferentes comparadores, tiempo de evolución y restricción calórica limitan la certeza de estos hallazgos.

Palabras clave: control glucémico; diabetes mellitus tipo 2; dieta mediterránea; peso corporal; revisiones sistemáticas como asunto.

ABSTRACT

Introduction: the mediterranean diet improves metabolic control in type 2 diabetes mellitus; however, it remains unclear whether this control can be maintained while requiring less medication compared to other dietary patterns.

Objective: to evaluate the evidence regarding the effect of the Mediterranean diet on glycemic control and treatment in adults with type 2 diabetes mellitus.

Methods: a systematic review with meta-analysis was conducted, following the PRISMA 2020 guidelines and the PICO framework, restricted to randomized clinical trials. PubMed, Scopus, LILACS, and SciELO were searched up to July 29, 2026, using MeSH and DeCS descriptors for mediterranean diet and type 2 diabetes mellitus. Risk of bias was assessed using the RoB 2 tool, and the certainty of the evidence was evaluated using the GRADE approach. Results were synthesized descriptively and, where possible, through a random-effects meta-analysis using the Paule–Mandel estimator.

Development: seven randomized trials were carried out, comparing the Mediterranean diet against a low-fat diet, a habitual diet, the American Diabetes Association diet, or food-exchange-based dietary patterns. Two trials, involving 1,425 participants, showed a lower risk of initiating antihyperglycemic medication. Five trials, with 670 participants, showed a reduction in glycated hemoglobin, and four trials,

Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed

with 609 participants, showed a reduction in body weight. Data regarding remission and safety were limited.

Conclusions: the mediterranean diet provided a modest improvement in glycemic control and body weight and may delay the initiation of antihyperglycemic treatment. However, the limited number of trials and the clinical heterogeneity—stemming from differences in comparators, duration of the condition, and caloric restriction—limit the certainty of these findings

Keywords: body weight; mediterranean diet; glycemic control; systematic reviews as topic; type 2 diabetes mellitus.

RESUMO

Introdução: a dieta mediterrânea melhora o controle metabólico no diabetes mellitus tipo 2, contudo, ainda não está claro se esse controle pode ser mantido com menor uso de medicamentos em comparação com outros padrões alimentares.

Objetivo: avaliar as evidências sobre o efeito da dieta mediterrânea no controle glicêmico e no tratamento de adultos com diabetes mellitus tipo 2.

Métodos: revisão sistemática com metanálise, seguindo as diretrizes PRISMA 2020 e com a estrutura PICO, restrita a ensaios clínicos randomizados. A busca foi realizada nas bases *PubMed*, *Scopus*, LILACS e SciELO até 29 de julho de 2026, utilizando descritores *MeSH* e *DeCS* referentes à dieta mediterrânea e ao diabetes mellitus tipo 2. O risco de viés foi avaliado por meio da ferramenta RoB 2, e a certeza das evidências, pelo sistema GRADE. Os resultados foram sintetizados de forma descritiva e, quando possível, por meio de metanálise de efeitos aleatórios, utilizando o estimador de Paule–Mandel.

Desenvolvimento: foram incluídos sete ensaios randomizados que compararam a dieta mediterrânea com uma dieta pobre em gorduras, a dieta habitual, a dieta recomendada pela Associação Americana de Diabetes ou padrões baseados na troca de alimentos. Dois estudos, envolvendo 1.425 participantes, mostraram um risco menor de início de medicação anti-hiperglicemiante. Cinco estudos, com 670 participantes, demonstraram redução da hemoglobina glicosilada, e quatro, com 609 participantes, apresentaram redução do peso corporal. As informações sobre remissão e segurança foram limitadas.

Conclusões: a dieta mediterrânea promoveu uma melhora modesta no controle glicêmico e no peso corporal, , além de poder retardar o início do tratamento anti-hiperglicemiante. Entretanto, o número

Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed

2026;32: e4358
ISSN: 1029-3035
RNPS: 1821

reduzido de ensaios e a heterogeneidade clínica — decorrente de diferentes comparadores, tempo de evolução da doença e restrição calórica — limitam a certeza desses achados.

Palavras-chave: controle glicêmico; diabetes mellitus tipo 2; dieta mediterrânea; peso corporal; revisões sistemáticas como assunto.

Recibido: 08/09/2026
Aprobado: 10/10/2026
Publicado: 25/10/2026

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es uno de los principales problemas de salud pública del mundo. La undécima edición del Atlas de la Federación Internacional de Diabetes estimó que en 2024 11,11 % de los adultos de 20 a 79 años vivía con la enfermedad, lo que representa 589 millones de personas, cifra que podría alcanzar los 853 millones en 2050.[1] A ello se suma que 445 millones de adultos con diabetes no recibieron tratamiento farmacológico en 2022, con la mayor carga en los países de ingresos bajos y medianos.[2] Este panorama requiere intervenciones eficaces, sostenibles y accesibles, que mejoren el control glucémico y reduzcan la dependencia de la farmacoterapia.

La terapia nutricional es un componente esencial del tratamiento. Las recomendaciones vigentes de la Asociación Americana de Diabetes[3] y del Grupo de Estudio de Diabetes y Nutrición de la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes[4] reconocen que distintos patrones alimentarios pueden ser apropiados y destacan los alimentos vegetales mínimamente procesados, los cereales integrales, las legumbres, los frutos secos y los aceites vegetales no hidrogenados.

En metaanálisis donde se consideraron varios tipos de dieta, la dieta mediterránea se consideró dentro de las estrategias más eficaces, pero sin evidencia suficiente para definir un patrón alimentario único.[5] La evidencia específica es consistente en la dirección del efecto, pero modesta en su magnitud. Un metaanálisis reciente encontró reducciones pequeñas de la hemoglobina glucosilada (HbA1c), la glucemia en ayunas y el índice de masa corporal frente a dietas no mediterráneas.[6] La relación entre el

Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed

exceso de peso y la diabetes mellitus tipo 2 explica el interés por intervenciones alimentarias sostenibles a largo plazo.[7]

Sin embargo, el beneficio clínico de un patrón alimentario no se basa únicamente en las cifras glucémicas. La intensificación progresiva del tratamiento farmacológico es la evolución esperada de la enfermedad[8] y conlleva costos, efectos adversos y una mayor carga terapéutica. Algunos ensayos sugieren que la dieta mediterránea podría modificar esa trayectoria, sobre todo en pacientes con diagnóstico reciente, una variante baja en carbohidratos retrasó el inicio de los medicamentos frente a una dieta baja en grasa,[9] y un análisis del ensayo PREDIMED encontró que la suplementada con aceite de oliva virgen extra, retrasó la introducción del primer fármaco antihiperglucemiante, sin reducir de forma significativa el inicio de la insulina.[10]

El problema que origina esta revisión es que las síntesis disponibles se han concentrado en la HbA1c, el peso corporal y los factores de riesgo cardiometabólico,[11-13] mientras que el uso de farmacoterapia suele tratarse como un desenlace secundario, informado por pocos estudios y con definiciones heterogéneas, ya que unos midieron el tiempo hasta la introducción del primer fármaco antihiperglucemiante, otros el inicio de la insulina y otros registraron cambios de medicación sin adjudicarlos como desenlace formal.[9,10] Por tanto, no está claro si la dieta mediterránea permite alcanzar o mantener el control glucémico con una menor intensidad del tratamiento que otros patrones alimentarios. El objetivo de esta revisión fue evaluar la evidencia documental disponible sobre el efecto de la dieta mediterránea sobre el control glucémico y la intensidad del tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo 2.

MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática con metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados, elaborada y reportada conforme a la declaración PRISMA 2020.[14]

Criterios de elegibilidad

Fueron elegibles artículos originales, informes de ensayos, registros con resultados y resúmenes de congresos con información suficiente para juzgar la elegibilidad, publicados o no, sin restricción de idioma, país ni año. Según el tipo de estudio se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados, individuales o por conglomerados, con diseño paralelo o cruzado, en adultos de 18 años o más con diagnóstico establecido de diabetes mellitus tipo 2 y donde la intervención fuese la dieta mediterránea tradicional,

Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed

culturalmente adaptada o baja en carbohidratos, siempre que conservara los componentes fundamentales del patrón, comparada con otro patrón alimentario estructurado (baja en carbohidratos, DASH, baja en grasa, de bajo índice glucémico o basada en plantas) o con la atención habitual, durante al menos 12 semanas.

Se excluyeron los estudios con poblaciones mixtas cuyos datos de participantes con diabetes mellitus tipo 2 no pudieran analizarse por separado; las intervenciones limitadas a alimentos, nutrientes o suplementos aislados que no constituyeran un patrón mediterráneo completo; las centradas en operaciones bariátricas, sustitutos totales de comidas o fármacos para la pérdida de peso. Las publicaciones duplicadas de un mismo estudio se consideraron en un único registro. La aplicación de estos criterios se detalla en la figura 1, de 904 registros identificados se cribaron 787, se evaluaron 53 a texto completo y se incluyeron siete ensayos.

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática en *Medline, PubMed*, *Scopus,* LILACS y SciELO, desde el año 2000 hasta el 29 de julio de 2026, sin restricción de idioma. Además, se revisaron manualmente las listas de referencias de los estudios incluidos y de las revisiones relevantes. La estrategia combinó vocabulario controlado (*MeSH* y DeCS) y términos de texto libre para tres conceptos: dieta mediterránea, diabetes mellitus tipo 2 y un filtro metodológico para ensayos clínicos aleatorizados, unidos mediante los operadores booleanos *AND* y *OR.*

En *MEDLINE/PubMed* se combinaron con *AND* tres bloques: dieta mediterránea ("*Diet, Mediterranean*"[*Mesh*] y términos libres equivalentes); diabetes mellitus tipo 2 ("diabetes Mellitus"[*Mesh*], "diabetes mellitus, *Type 2*"[*Mesh*] y sinónimos en título y resumen); y un filtro metodológico para ensayos clínicos aleatorizados (los tipos de publicación *Randomized Controlled Trial* y *Controlled Clinical Trial*, los descriptores *Random Allocation* y de cegamiento, y los términos libres *random**, placebo* y *blind**/mask*), con exclusión de los estudios exclusivamente en animales; se recuperaron 258 registros. Posteriormente la estrategia base fue adaptada al resto de base de datos descritas. Los registros se describen en la figura 1.

Selección de los estudios y extracción de los datos

Tras eliminar los duplicados, los títulos y resúmenes fueron cribados de manera independiente por dos revisores mediante la herramienta Rayyan;[15] los mismos revisores evaluaron los textos completos

Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed

conforme a los criterios predefinidos. Las discrepancias se resolvieron mediante discusión y, si fuese necesario, por un tercer revisor.

Los datos se extrajeron de manera independiente y duplicada mediante un formulario estandarizado. Antes de la extracción definitiva, ese formulario se aplicó de prueba a tres de los estudios elegibles, con el fin de comprobar que recogía todas las variables previstas y que ambos revisores lo interpretaban del mismo modo. Se registraron autores, año y país; diseño; características de la población (tamaño de muestra, edad, sexo, tiempo de evolución y tratamiento antihiperglucemiante basal); características de la intervención y del comparador (patrón alimentario, componentes, duración y adherencia notificada); y los desenlaces de interés, con sus medias y desviaciones estándar, cantidad de veces que hubo hiperglucemia y totales por grupo, o las estimaciones de efecto ya calculadas. Se priorizaron los valores posteriores al tratamiento y, mientras estuvieron disponibles, el cambio respecto del valor basal.

Desenlaces evaluados

El desenlace primario fue el cambio en la intensidad del tratamiento antihiperglucemiante, definido según cada ensayo como inicio, adición, reducción o suspensión de medicamentos, o como tiempo hasta la necesidad de farmacoterapia, de forma consistente con el ensayo de Esposito y cols., en el que el desenlace principal fue el tiempo hasta la introducción de medicamentos para la diabetes.[16] Los desenlaces secundarios fueron el control glucémico medido por la HbA1c; la remisión de la enfermedad, según la definición de cada estudio y, en lo posible, armonizada como HbA1c menor de 6,50 % durante al menos tres meses sin tratamiento antihiperglucemiante;[17] el cambio en el peso corporal; y la ocurrencia de hipoglucemia y de otros efectos adversos, de acuerdo con las definiciones empleadas en cada ensayo.

Evaluación del riesgo de sesgo

El riesgo de sesgo de los ensayos incluidos fue evaluado de manera independiente por dos revisores mediante la herramienta Cochrane RoB 2 para ensayos clínicos aleatorizados,[18] que valora los dominios de proceso de aleatorización, desviaciones respecto de las intervenciones previstas, datos de desenlace faltantes, medición del desenlace y selección del resultado notificado. Cada estudio fue clasificado globalmente como de bajo riesgo, con algunas preocupaciones o de alto riesgo de sesgo; las discrepancias entre revisores se resolvieron por consenso o mediante un tercer revisor.

Medidas de efecto y síntesis de los datos

Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed

Para la HbA1c y el peso corporal, los efectos se expresaron como diferencia de medias con su intervalo de confianza (IC) del 95,00%, dado que los estudios utilizaron unidades comparables; se combinaron valores finales y cambios respecto del basal si estaban en la misma escala. Para el tiempo hasta el inicio de la medicación se utilizaron razones de riesgos instantáneos (hazard ratio, HR) con su intervalo de confianza del 95,00%, analizadas en escala logarítmica y retransformadas para su presentación.

Se realizó metaanálisis si al menos dos estudios aportaron datos clínicamente comparables y suficientes para estimar un efecto combinado. En los ensayos con múltiples grupos elegibles, los grupos de intervención correspondientes se combinaron para evitar la duplicación del grupo control. Los análisis principales utilizaron modelos de efectos aleatorios con el estimador de Paule-Mandel para la varianza entre estudios. La heterogeneidad se evaluó mediante los estadígrafos I^2, tau cuadrado y la prueba Q de Cochran y se calcularon intervalos de predicción del 95,00% si al menos cuatro estudios contribuyeron al metaanálisis, conforme a las recomendaciones metodológicas vigentes.[19] Los resultados se representaron mediante diagramas de bosque. Los análisis se realizaron con el programa estadístico StataNow/BE, versión 19.5.

Se efectuaron análisis de sensibilidad con el estimador de máxima verosimilitud restringida (REML) para los metaanálisis de HbA1c y peso corporal, y se excluyeron los estudios clasificados con alto riesgo de sesgo. Para el desenlace de inicio de la medicación antihiperglucemiante se realizó, además, un análisis de sensibilidad restringido a las estimaciones ajustadas. No se realizaron análisis de subgrupos debido al reducido número de estudios disponibles por desenlace. Por el número limitado de estudios revisados (n=7) no se pudo hacer una evaluación formal de asimetría para evaluar el sesgo de publicación mediante gráficos en embudo y la prueba de Egger.

Certeza de la evidencia

La certeza de la evidencia para cada desenlace se evaluó mediante el enfoque GRADE,[20] se consideró el riesgo de sesgo, la inconsistencia, la evidencia indirecta, la imprecisión y el sesgo de publicación, y se clasificó como alta, moderada, baja o muy baja, según la guía metodológica aplicada a las síntesis de evidencia.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Se empleó la herramienta Rayyan[15] únicamente para la gestión de los registros bibliográficos, la detección de duplicados y la organización del cribado de títulos y resúmenes. Todas las decisiones de inclusión y exclusión, la extracción de datos, la evaluación del riesgo de sesgo y el análisis fueron

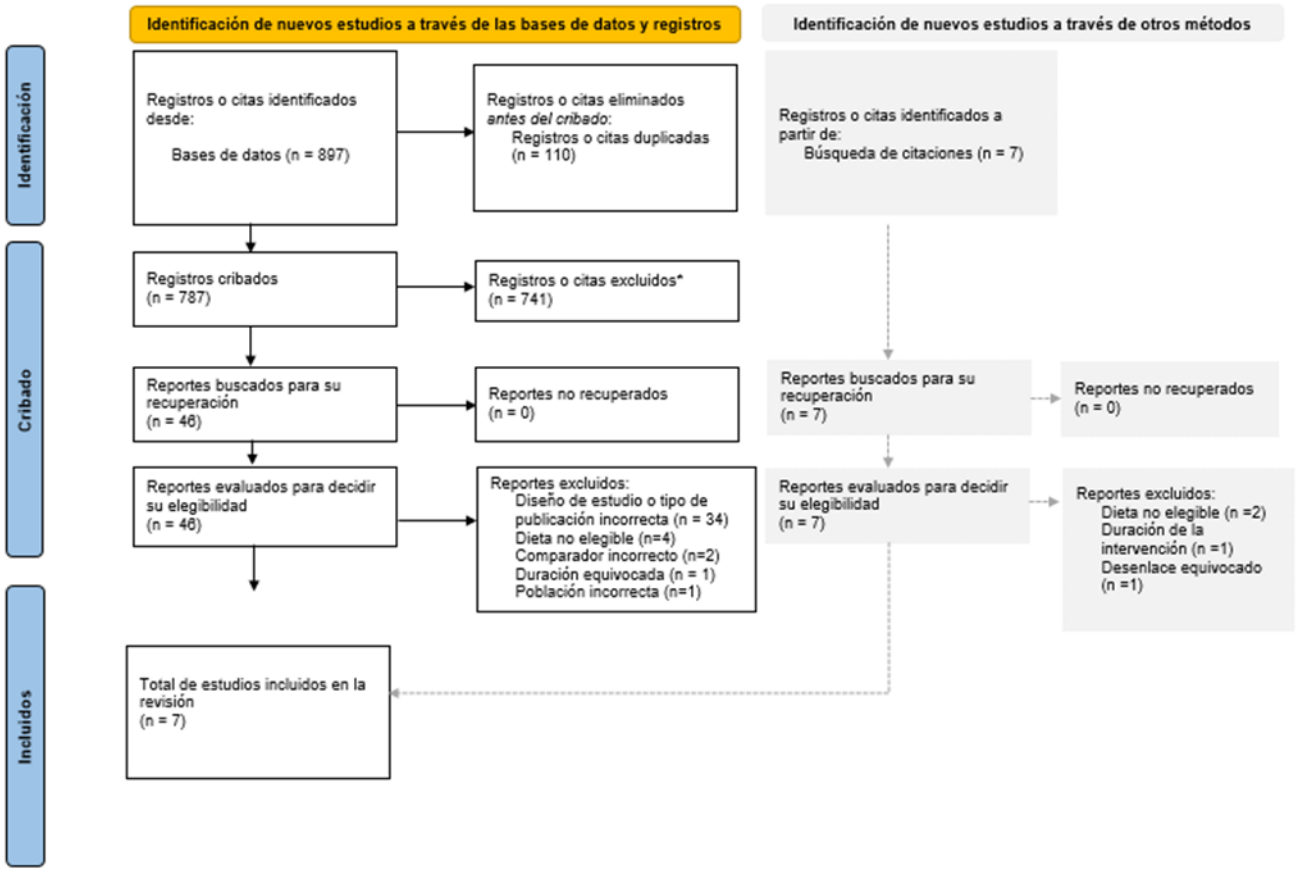
Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed

realizados y verificados por los autores. No se utilizaron herramientas de inteligencia artificial generativa para redactar el texto ni para interpretar los resultados.

DESARROLLO

Selección de estudios

Se identificaron un total de 897 registros en cuatro bases de datos (Medline/*PubMed, Scopus*, LILACS, y SciELO) y siete registros adicionales mediante búsqueda de citaciones. Tras eliminar 110 duplicados, se cribaron 787 registros, de los cuales 741 fueron excluidos por título y resumen. Se evaluaron a texto completo 46 reportes identificados mediante la búsqueda en bases de datos y siete mediante búsqueda de citaciones; se excluyeron 42 y cuatro reportes, respectivamente, por no cumplir los criterios de elegibilidad predefinidos. Finalmente, siete ensayos clínicos aleatorizados cumplieron los criterios de inclusión y fueron incluidos en la revisión sistemática (Figura 1).



Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed

Fig. 1 - Diagrama de flujo PRISMA para la selección de estudios.

Descripción de los estudios

La tabla 1 presenta las características principales de los siete ensayos clínicos incluidos (diseño, tamaño muestral, población, definición de la intervención y del comparador, duración del seguimiento), con los resultados detallados por desenlace.

Tabla 1 - Características de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos

Estudio (país)	Diseño y participantes	Intervención	Comparador	Duración	Desenlaces evaluados
Jin, 2021 (Corea del Sur)[21]	Ensayo paralelo abierto, 3 grupos; 60 participantes; mediana de edad 60-63 años; 35-55 % mujeres; evolución 13-15 años; 100 % con tratamiento oral	Dieta de estilo asiático oriental que imita el patrón mediterráneo y el patrón DASH, con comidas preparadas	Intercambio de alimentos con comidas preparadas y autopreparadas	12 semanas	Hemoglobina glucosilada; peso corporal; seguridad
Zahedi, 2020 (Irán)[22]	Ensayo paralelo, 2 grupos; 254 aleatorizados (228 analizados); edad ≈57 años; 77,2 % mujeres; evolución ≈9-10 años	Dieta mediterránea clásica con intervención educativa	Dieta habitual	6 meses	Hemoglobina glucosilada; (solo índice de masa corporal, no peso en kilogramos)
PREDIMED (España)*[10,23]	Ensayo multicéntrico, 3 grupos; tamaño variable según desenlace (369-1 158 por grupo); edad ≈67-68 años; 47-55 % mujeres	Dieta mediterránea suplementada con aceite de oliva virgen extra o con frutos secos	Dieta baja en grasa	Hasta 5,1 años	Intensidad del tratamiento (tiempo hasta el primer fármaco e inicio de insulina); peso corporal
Esposito (Italia)[9,16]	Ensayo paralelo, 2 grupos; 215 participantes; diagnóstico reciente; edad ≈52 años; ≈50 % mujeres; sin fármacos al inicio	Dieta mediterránea baja en carbohidratos (≤50 % de carbohidratos, ≥30 % de grasa, 30-50 g/d de aceite de oliva)	Dieta baja en grasa (≤30 % de grasa, ≤10 % saturada), igual aporte calórico	4 años; seguimiento hasta 8,1 años	Intensidad del tratamiento; hemoglobina glucosilada; remisión; peso corporal; seguridad
Itsiopoulos, 2011 (Australia)[24]	Ensayo cruzado, 2 períodos; 31 reclutados y 27 completaron; edad ≈59 años; 40,7 % mujeres; evolución 6 años; 15/27 con fármacos orales y 3/27 con insulina	Dieta tradicional cretense a libre demanda (más del 70 % de los alimentos provistos)	Dieta habitual (mismos participantes)	12 semanas por período	Hemoglobina glucosilada; peso e índice de masa corporal

Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed

Elhayany, 2010 (Israel)[25]	Ensayo paralelo, 3 grupos; 259 participantes; edad ≈55-57 años; 44-49 % mujeres; evolución ≈5-6 años; sin insulina	Dieta mediterránea tradicional y dieta mediterránea baja en carbohidratos	Dieta de la Asociación Americana de Diabetes (2003)	12 meses	Hemoglobina glucosilada; peso corporal
DIRECT / Shai, 2008 (Israel)†[26]	Ensayo paralelo, 3 grupos; 322 participantes en total; subgrupo con diabetes de 46 participantes.	Dieta mediterránea con restricción calórica	Dieta baja en grasa (tercer grupo: baja en carbohidratos, no mediterránea)	24 meses	Hemoglobina glucosilada; cambio de medicación (no estimable); peso (no utilizable en el subgrupo)

Abreviaturas: DASH: enfoque alimentario para detener la hipertensión. *Corresponde a análisis secundarios del ensayo PREDIMED; el tamaño de la muestra varía según el desenlace y la subpoblación analizada. †Corresponde a un análisis del subgrupo con diabetes mellitus tipo 2 del ensayo DIRECT.

Se incluyeron siete ensayos únicos, seis con diseño paralelo y uno cruzado, publicados entre 2008 y 2021 y realizados en Corea del Sur, Irán, España, Italia, Australia e Israel. La duración del seguimiento osciló entre 12 semanas y 8,1 años. Los comparadores incluyeron dieta baja en grasa, dieta habitual, la dieta de la Asociación Americana de Diabetes de 2003 y patrones de intercambio de alimentos no mediterráneos. Solo los ensayos PREDIMED y de Esposito aportaron datos utilizables para el desenlace primario; la HbA1c y el peso corporal fueron los desenlaces secundarios notificados con mayor frecuencia. La remisión se evaluó únicamente en el ensayo de Esposito y cols,[16] mientras que la información de seguridad fue limitada y se notificó de forma más completa en los ensayos de Jin y cols,[21] y de Esposito y cols.[16]

Las poblaciones fueron clínicamente heterogéneas: adultos de mediana edad o mayores, con edades medias o medianas entre 52 y 68 años, y un tiempo de evolución que varió desde el diagnóstico reciente sin tratamiento farmacológico previo[9] hasta más de una década.[21] El índice de masa corporal basal osciló entre 23-24 kg/m² y valores cercanos a 30-32 kg/m². El tratamiento basal también fue variable, en algunos ensayos incluyeron participantes sin fármacos; en otros, con tratamiento oral establecido; y en el ensayo de Itsiopoulos, una pequeña proporción con insulina.

Las intervenciones compartieron los elementos del patrón mediterráneo, pero variaron en composición, restricción calórica e intensidad del apoyo nutricional. Algunas emplearon dietas hipocalóricas y con reducción de carbohidratos;[9,25] el ensayo PREDIMED suplementó la dieta mediterránea con aceite de

Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed

oliva virgen extra o con frutos secos;[23] el ensayo de Itsiopoulos evaluó una dieta cretense a libre demanda con provisión de la mayoría de los alimentos;[24] y el ensayo de Jin y cols.,[21] utilizó una adaptación asiática de los patrones mediterráneo y DASH. Tres estudios utilizaron una dieta baja en grasa como comparador activo,[9,23,26] mientras que dos emplearon la dieta habitual.[22,24] Esta variabilidad en la intensidad y la composición del comparador representa una fuente importante de heterogeneidad clínica.

Desenlaces

Intensidad del tratamiento hipoglucemiante

La información sobre los cambios en la intensidad del tratamiento fue heterogénea. En el análisis del ensayo PREDIMED, y tras un seguimiento con mediana de 3,2 años, la dieta mediterránea suplementada con aceite de oliva virgen extra se asoció con un menor riesgo de iniciar el primer fármaco hipoglucemiante (HR = 0,78; IC 95,00%: 0,62 a 0,98), mientras que la suplementada con frutos secos no alcanzó significación estadística (HR = 0,89; IC 95,00%: 0,71 a 1,12). Para el inicio de la insulina, tras una mediana de seguimiento de 5,1 años, ninguna de las dos ramas mostró una reducción significativa (HR = 0,87; IC 95 %: 0,68 a 1,11 y HR = 0,89; IC 95 %: 0,69 a 1,14, respectivamente).[10]

En el ensayo de Esposito y cols., a los cuatro años, 44,00 % de los participantes asignados a la dieta mediterránea requirió tratamiento antihiperglucemiante, frente al 70,00% del grupo con dieta baja en grasa, lo que corresponde a una diferencia absoluta de 26 puntos porcentuales.[9] Durante el seguimiento prolongado, la mediana de tiempo libre de medicación fue de 4,8 años con la dieta mediterránea, frente a 2,8 años con la dieta baja en grasa (HR = 0,68; IC 95,00%: 0,50 a 0,89).[16]

En el ensayo de Itsiopoulos y cols.,[24] no se notificaron cambios de medicación durante los períodos de intervención, aunque estos no fueron adjudicados como un desenlace formal. En el ensayo DIRECT, cinco participantes iniciaron tratamiento farmacológico y uno redujo la dosis; sin embargo, la distribución de estos cambios según el grupo asignado no estuvo disponible, por lo que no fue posible estimar un efecto comparativo.[26] Los ensayos de Jin y cols., Zahedi y cols. y Elhayany y cols., no aportaron datos suficientes para evaluar de forma comparativa la intensificación o la desintensificación del tratamiento.[21,22,25]

Dos ensayos, con 1 425 participantes, aportaron estimaciones combinables del tiempo hasta el inicio de la medicación antihiperglucemiante; en el ensayo PREDIMED se combinaron las dos ramas mediterráneas frente al grupo con dieta baja en grasa. El modelo de efectos aleatorios con el estimador

Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed

de Paule-Mandel[19] mostró un menor riesgo de iniciar tratamiento farmacológico con la dieta mediterránea (HR = 0,73; IC 95,00%: 0,56 a 0,96), con heterogeneidad sustancial (I^2 = 62,55%) (Fig. 2). En el análisis de sensibilidad restringido a las estimaciones ajustadas, la asociación se mantuvo (HR = 0,76; IC 95,00%: 0,65 a 0,90) y la heterogeneidad se redujo de forma considerable (I^2 = 23,10%), lo que indica que el resultado no dependió del uso de la estimación no ajustada.

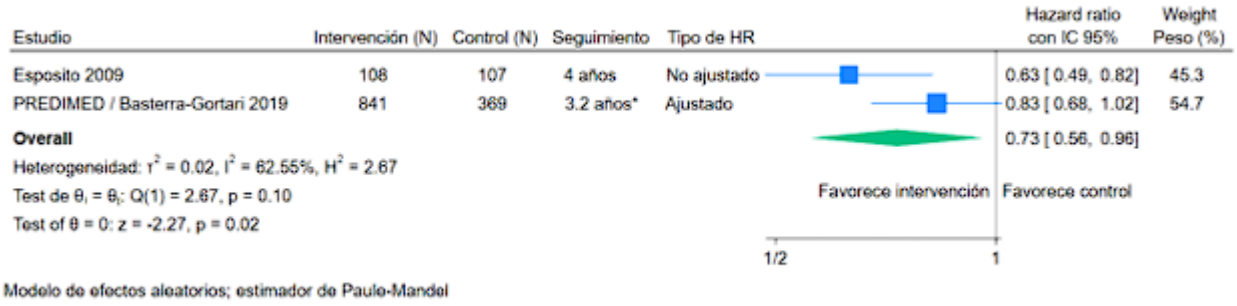


Fig. 2 - Diagrama de bosque del efecto de la dieta mediterránea sobre el inicio de medicación antihiperglucemiante.

Control glucémico

Cinco ensayos, con 670 participantes, evaluaron el efecto de las intervenciones sobre la HbA1c. El modelo de efectos aleatorios con el estimador de Paule-Mandel[19] mostró una reducción a favor de la dieta mediterránea (diferencia de medias = −0,58 puntos porcentuales; IC 95,00%: −0,84 a −0,32), con heterogeneidad moderada (I^2 = 54,25%) (Fig. 3). El intervalo de predicción del 95,00% (−1,36 a 0,20) incluyó el efecto nulo, lo que indica variabilidad en el efecto esperado entre contextos.

En el análisis de sensibilidad con el estimador REML, la magnitud y la dirección del efecto permanecieron prácticamente sin cambios (diferencia de medias = −0,58; IC 95,00%: −0,85 a −0,31; I^2 = 57,00%). Al excluir los estudios con alto riesgo de sesgo, la reducción se mantuvo (diferencia de medias = −0,58; IC 95,00%: −0,78 a −0,37) y la heterogeneidad descendió a 0,00%, lo que respalda la robustez del efecto combinado.

Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed

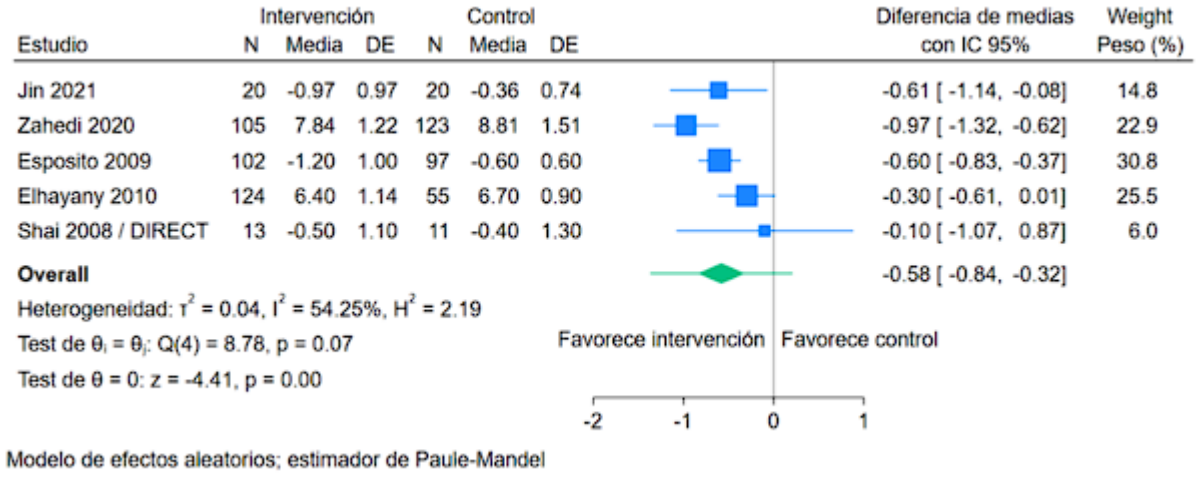
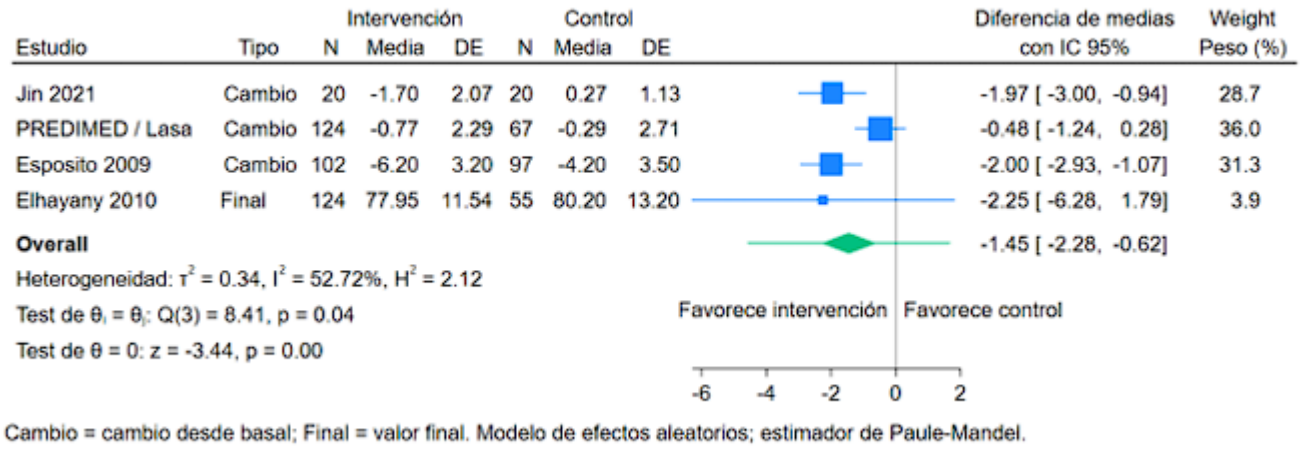


Fig. 3 - Diagrama de bosque del efecto de la dieta mediterránea sobre la HbA1c.

Peso corporal

Cuatro ensayos, con 609 participantes, evaluaron el efecto sobre el peso corporal. El modelo de efectos aleatorios con el estimador de Paule-Mandel[19] mostró una reducción a favor de la dieta mediterránea (diferencia de medias = −1,45 kg; IC 95,00%: −2,28 a −0,62), con heterogeneidad moderada (I^2 = 52,72 %) (Figura 4). En el análisis de sensibilidad con el estimador REML, la magnitud y la dirección del efecto se mantuvieron similares (diferencia de medias = −1,48 kg; IC 95,00%: −2,44 a −0,52), aunque la heterogeneidad aumentó a 63,90%. Tras excluir el estudio con alto riesgo de sesgo, la reducción permaneció (diferencia de medias = −1,44 kg; IC 95,00%: −2,44 a −0,44), con heterogeneidad sustancial (I^2 = 72,90%). En conjunto, los análisis mostraron estabilidad en la magnitud y la dirección del efecto, aunque persistió una heterogeneidad importante entre los estudios.

Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed



Cambio = cambio desde basal; Final = valor final. Modelo de efectos aleatorios; estimador de Paule-Mandel.

Fig. 4 - Diagrama de bosque del efecto de la dieta mediterránea sobre el peso corporal.

Remisión de la enfermedad y seguridad

La remisión fue evaluada únicamente en el ensayo de Esposito y cols. Al año, se observó remisión en 14,70% (15 de 102) de los participantes con dieta mediterránea, frente al 4,10% (4 de 97) con dieta baja en grasa. La remisión sostenida fue menos frecuente con el tiempo, pero permaneció común con la dieta mediterránea: 9,70 % frente a 2,00% durante tres años o más, y 5,70% frente a 0,00% durante cuatro años o más.[16]

La información de seguridad fue limitada y heterogénea. En el ensayo de Jin y cols., se registraron tres episodios de hipoglucemia entre 20 participantes del grupo de intervención, frente a uno y ninguno en los dos grupos comparadores, sin efectos adversos graves.[21] En el ensayo de Esposito y cols., la frecuencia global de efectos adversos fue similar entre la dieta mediterránea y la dieta baja en grasa (23 de 108 frente a 25 de 107), con un efecto adverso grave en cada grupo y ninguna muerte.[9]

Riesgo de sesgo y certeza de la evidencia

La evaluación mediante RoB 2 mostró que el ensayo de Esposito y cols., presentó el perfil metodológico más favorable, aunque con algunas preocupaciones para el desenlace de inicio de la medicación, por la falta de cegamiento de los investigadores responsables de iniciar el tratamiento.[9,14] Los ensayos de Jin y cols., PREDIMED, Itsiopoulos y DIRECT se clasificaron globalmente como de algunas preocupaciones, por limitaciones del cegamiento, datos faltantes, su condición de análisis secundarios o características del diseño. [10,21,23,24,26] Los ensayos de Zahedi y cols. y Elhayany y cols., presentaron el

Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed

mayor riesgo de sesgo, sobre todo por pérdidas durante el seguimiento y utilización incompleta de los datos faltantes.[22,25]

Mediante el enfoque GRADE, la certeza de la evidencia se calificó como baja para la HbA1c y para el inicio de la medicación antihiperglucemiante, y como moderada para el peso corporal. En la HbA1c, la certeza se redujo por riesgo de sesgo e inconsistencia; en el inicio de la medicación, por riesgo de sesgo e imprecisión; y en el peso corporal, la principal limitación fue la inconsistencia entre los estudios. Los análisis de sensibilidad mostraron estabilidad en la dirección y la magnitud de los efectos, aunque persistieron las limitaciones derivadas del reducido número de ensayos y de la heterogeneidad clínica y metodológica.

Interpretación de los hallazgos y contraste con la literatura

Los resultados sobre la HbA1c son consistentes con las síntesis previas. Los metaanálisis en red que compararon distintos patrones alimentarios en personas con diabetes mellitus tipo 2 han situado a las dietas mediterráneas entre las más eficaces para el control glucémico, aunque sin evidencia suficiente para establecer un único patrón óptimo.[5,11,12] Un metaanálisis restringido a ensayos aleatorizados de dieta mediterránea en personas con esta enfermedad encontró una reducción de la HbA1c cercana a 0,31 puntos porcentuales,[6] magnitud menor que la observada en esta revisión. Esa diferencia podría explicarse por los comparadores empleados, las poblaciones incluidas y el hecho de que algunas intervenciones mediterráneas incorporaron simultáneamente restricción calórica o de carbohidratos.

La reducción del peso corporal fue pequeña, lo que también concuerda con la literatura, aunque múltiples estrategias producen pérdida de peso, las diferencias entre dietas estructuradas suelen ser pequeñas y dependen de la restricción energética, la adherencia y la duración de la intervención.[11,12] Una reciente revisión sistemática y metaanálisis mostró que el efecto de la dieta mediterránea sobre la composición corporal en adultos con enfermedades crónicas es igualmente moderado y se ve potenciado por el ejercicio.[27] Esto es relevante porque el beneficio glucémico de este patrón probablemente no depende solo de una pérdida ponderal intensa.

El hallazgo más distintivo de esta revisión es la posible reducción de la intensidad farmacológica. Aunque solo dos ensayos aportaron datos comparables, el efecto combinado indicó una menor tasa de inicio de tratamiento y permaneció favorable al utilizar únicamente estimaciones ajustadas. Esta observación es clínicamente plausible y encuentra apoyo indirecto en otros ensayos de intervención dietética intensiva. En el ensayo DiRECT, una intervención dirigida a una pérdida importante de peso permitió alcanzar la

Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed

remisión sin tratamiento farmacológico en una proporción considerable de participantes,[28] y una intervención intensiva basada en alimentos vegetales mejoró la HbA1c y permitió reducir los medicamentos en una mayor proporción de participantes que la atención convencional.[29]

La evidencia sobre la remisión fue aún más limitada, al proceder de un único ensayo. Esta limitación es relevante porque, en la actualidad, la remisión se define como una HbA1c menor de 6,50% mantenida durante al menos tres meses después de suspender los medicamentos antihiperglucemiantes,[17] mientras que los estudios más antiguos utilizaron definiciones y períodos de seguimiento diferentes, lo que dificulta la comparación directa.

Las revisiones que han tratado específicamente las estrategias alimentarias dirigidas a la remisión coinciden en que los mayores efectos se obtienen con intervenciones intensivas y con una pérdida de peso sustancial,[30,31] lo que refuerza la posibilidad de que el tiempo de evolución de la enfermedad, la función residual de las células beta y la magnitud de la pérdida ponderal condicionen fuertemente este desenlace.

Existen mecanismos biológicos plausibles de este efecto. Además del balance energético y la reducción ponderal, el patrón mediterráneo aporta ácidos grasos insaturados, fibra, polifenoles y otros componentes vegetales que pueden favorecer la sensibilidad a la insulina y modular el estrés oxidativo y la inflamación. Se ha descrito que mejora los marcadores de glucación[32] y los biomarcadores inflamatorios en adultos con diabetes mellitus tipo 2,[33] y el consumo de aceite de oliva se ha asociado con un menor riesgo cardiometabólico.[34]

Una revisión reciente encontró mejoras modestas de la HbA1c junto con cambios favorables en la microbiota intestinal,[35] lo que sugiere que las vías microbiota-metabolismo podrían contribuir a sus efectos. Aun así, no es posible determinar qué proporción del efecto glucémico es independiente de la pérdida de peso.

La aplicabilidad de estos resultados depende del contexto, ya que la adherencia al patrón mediterráneo está condicionada, incluso en sus países de origen, por factores económicos, culturales y de acceso a los alimentos,[36] aunque sus principios se han adaptado a otros contextos sin perder su estructura esencial.[37] En América Latina y el Caribe, donde el aceite de oliva y otros productos pueden ser poco accesibles, su implementación requiere sustituciones locales con leguminosas, frutas, vegetales, cereales integrales y grasas insaturadas de producción regional. La terapia nutricional en la atención primaria, donde se

Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed

atiende a la mayoría de estos pacientes, ha mostrado efectos favorables sobre el control metabólico,[38] y sostener un patrón saludable se asocia con menor riesgo cardiovascular en esta población.[39]

Esta revisión tiene varias limitaciones. Primera, el reducido número de estudios por desenlace, solo dos ensayos aportaron datos combinables para el desenlace primario, lo que impidió los análisis de subgrupos y la evaluación formal del sesgo de publicación. Segunda, la heterogeneidad clínica y metodológica, esta debido a que los ensayos difirieron en tiempo de evolución, tratamiento basal, edad, índice de masa corporal, composición de la dieta, restricción energética y comparador, lo que probablemente explica la heterogeneidad estadística observada. Tercera, dos de las fuentes principales fueron análisis secundarios o de subgrupo de ensayos concebidos con otros objetivos, y dos estudios se clasificaron con alto riesgo de sesgo, sobre todo por pérdidas durante el seguimiento. Por último, la información sobre remisión, seguridad y desintensificación farmacológica fue escasa y con definiciones no estandarizadas. Estas limitaciones se reflejaron en la evaluación GRADE, que calificó la certeza como baja para la HbA1c y para el inicio de la medicación antihiperglucemiante, y moderada para el peso corporal.

CONCLUSIONES

La dieta mediterránea produjo mejoras clínicamente relevantes en la hemoglobina glucosilada y reducciones modestas del peso corporal en adultos con diabetes mellitus tipo 2, y la evidencia disponible sugirió que podría retrasar la necesidad de iniciar o intensificar el tratamiento antihiperglucemiante. La consistencia de los análisis de sensibilidad respaldó estos hallazgos, aunque el reducido número de ensayos, la heterogeneidad clínica y la escasa información sobre remisión y seguridad restringieron su certeza. El aporte principal de esta revisión consiste en la ampliación del papel potencial de la dieta mediterránea desde el control metabólico hacia una posible reducción de la carga terapéutica, hipótesis que requiere confirmación en ensayos multicéntricos aleatorizados, de mayor duración, con definiciones estandarizadas de remisión, protocolos explícitos de ajuste farmacológico y evaluación sistemática de la seguridad. La dieta mediterránea, adaptada al contexto y a las preferencias del paciente, podría constituir una opción nutricional razonable para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, pero no justifica por sí sola la reducción de los medicamentos empleados.

Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed

2026;32: e4358
ISSN: 1029-3035
RNPS: 1821

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Genitsaridi I, Salpea P, Salim A, Sajjadi SF, Tomic D, James S, et al. 11th edition of the IDF Diabetes Atlas: global, regional, and national diabetes prevalence estimates for 2024 and projections for 2050. Lancet Diabetes Endocrinol [Internet]. 2026 [citado 24 Jul 2026];14(2):149-56. Disponible en: https://papers.ssrn.com/sol3/Delivery.cfm/d4d54be1-f9da-487a-9bbf-57121ac37489-MECA.pdf?abstractid=5327047&mirid=1

2. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes prevalence and treatment from 1990 to 2022: a pooled analysis of 1108 population-representative studies with 141 million participants. Lancet [Internet]. 2024 [citado 24 Jul 2026];404(10467):2077-93. Disponible en: https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2824%2902317-1

3. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 5. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: Standards of Care in Diabetes-2026. Diabetes Care [Internet]. 2026 [citado 24 Jul 2026];49(Supl 1):S89-S131. Disponible en: https://education.weitzmaninstitute.org/sites/default/files/course/2025-12/Facilitating%20Positive%20Health%20Behaviors%20and%20Well-being%20to%20Improve%20Health%20Outcomes%20-%20Standards%20of%20Care%20in%20Diabetes-2026.pdf

4. European Association for the Study of Diabetes 2023, corrected publication 2023. Evidence-based European recommendations for the dietary management of diabetes. Diabetologia [Internet]. 2023 [citado 24 Jul 2026];66(6):965-85. Disponible en: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00125-023-05894-8.pdf

5. Jing T, Zhang S, Bai M, Chen Z, Gao S, Li S, et al. Effect of dietary approaches on glycemic control in patients with type 2 diabetes: a systematic review with network meta-analysis of randomized trials. Nutrients [Internet]. 2023 [citado 24 Jul 2026];15(14):3156. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10384204/pdf/nutrients-15-03156.pdf

6. Wu MJ, Hung CH, Yong SB, Ching GS, Hsu HJ. Impact of the Mediterranean diet on glycemic control, body mass index, lipid profile, and blood pressure in type 2 diabetes: a meta-analysis of randomized controlled trials. Nutrients [Internet]. 2025 [citado 24 Jul 2026];17(24):3908. Disponible en: https://www.mdpi.com/2072-6643/17/24/3908

Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed

7. Espinosa-Pire LN, Alfonso-González I, Calvache-Vargas MA, Lozano-Ati HA. La diabetes mellitus tipo 2 y su relación con la obesidad. Rev Finlay [Internet]. 2025 [citado 24 Jul 2026];15:e1428. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/download/1428/2492

8. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in Diabetes-2026. Diabetes Care [Internet]. 2026 [citado 24 Jul 2026];49(Supl 1):S183-S215. Disponible en: https://diabetesjournals.org/care/article/49/Supplement_1/S183/163934/9-Pharmacologic-Approaches-to-Glycemic-Treatment

9. Esposito K, Maiorino MI, Ciotola M, Di Palo C, Scognamiglio P, Gicchino M, et al. Effects of a Mediterranean-style diet on the need for antihyperglycemic drug therapy in patients with newly diagnosed type 2 diabetes: a randomized trial. Ann Intern Med [Internet]. 2009 [citado 24 Jul 2026];151(5):306-14. Disponible en: https://www.infekt.ch/wp-content/uploads/2013/11/jc_september09_moll.pdf

10. Basterra-Gortari FJ, Ruiz-Canela M, Martínez-González MA, Babio N, Sorlí JV, Fito M, et al. Effects of a Mediterranean eating plan on the need for glucose-lowering medications in participants with type 2 diabetes: a subgroup analysis of the PREDIMED trial. Diabetes Care [Internet]. 2019 [citado 24 Jul 2026];42(8):1390-7. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6647050/pdf/dc182475.pdf

11. Yuan Y, Chen C, Liu Q, Luo Y, Yang Z, Lin Y, et al. A network meta-analysis of the comparative efficacy of different dietary approaches on glycaemic control and weight loss in patients with type 2 diabetes mellitus and overweight or obesity. Food Funct [Internet]. 2024 [citado 24 Jul 2026];15(24):11961-74. Disponible en: https://pubs.rsc.org/fo/article/15/24/11961/850789/A-network-meta-analysis-of-the-comparative

12. Bonekamp NE, van Damme I, Geleijnse JM, Winkels RM, Visseren FLJ, Morris PB, et al. Effect of dietary patterns on cardiovascular risk factors in people with type 2 diabetes: a systematic review and network meta-analysis. Diabetes Res Clin Pract [Internet]. 2023 [citado 31 Jul 2026];195:110207. Disponible en: https://dspace.library.uu.nl/server/api/core/bitstreams/1f608c62-7e0b-42a0-a937-96b85c31a47c/content

13. Carrión-Prado DC, Orellana-Añazco PA. Impacto de las intervenciones nutricionales en el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: una revisión sistemática. Salud Med Innov J

Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed

[Internet]. 2026 [citado 31 Jul 2026];4(3):948-68. Disponible en: https://smijournal.com/index.php/files/article/download/143/147

14. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ [Internet]. 2021[citado 31 Jul 2026];372:n71. Disponible en: https://www.bmj.com/content/bmj/372/bmj.n71.full.pdf

15. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan - a web and mobile app for systematic reviews. Syst Rev [Internet]. 2016 [citado 31 Jul 2026];5(1):210. Disponible en: https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s13643-016-0384-4.pdf

16. Esposito K, Maiorino MI, Petrizzo M, Bellastella G, Giugliano D. The effects of a Mediterranean diet on the need for diabetes drugs and remission of newly diagnosed type 2 diabetes: follow-up of a randomized trial. Diabetes Care [Internet]. 2014 [citado 31 Jul 2026];37(7):1824-30. Disponible en: https://diabetesjournals.org/care/article/37/7/1824/37768/The-Effects-of-a-Mediterranean-Diet-on-the-Need

17. Riddle MC, Cefalu WT, Evans PH, Gerstein HC, Nauck MA, Oh WK, et al. Consensus report: definition and interpretation of remission in type 2 diabetes. Diabetes Care [Internet]. 2021 [citado 31 Jul 2026];44(10):2438-44. Disponible en: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00125-021-05542-z.pdf

18. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. BMJ [Internet]. 2019 [citado 31 Jul 2026];366:l4898. Disponible en: https://www.bmj.com/content/bmj/366/bmj.l4898.full.pdf

19. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, et al., editores. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Versión 6.5 [Internet]. Londres: Cochrane; 2024 [citado 28 Jul 2026]. Disponible en: https://www.cochrane.org/authors/handbooks-and-manuals/handbook/current

20. Schünemann HJ, Higgins JPT, Vist GE, Glasziou P, Akl EA, Skoetz N, et al. Chapter 14: completing "Summary of findings" tables and grading the certainty of the evidence. En: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, et al., editores. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Versión 6.5 [Internet]. Londres: Cochrane; 2024 [citado 28 Jul 2026]. Disponible en: https://www.cochrane.org/authors/handbooks-and-manuals/handbook/current/chapter-14

21. Jin SM, Ahn J, Park J, Hur KY, Kim JH, Lee MK. East Asian diet-mimicking diet plan based on the Mediterranean diet and the Dietary Approaches to Stop Hypertension diet in adults with type 2 diabetes:

Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed

a randomized controlled trial. J Diabetes Investig [Internet]. 2021 [citado 28 Jul 2026];12(3):357-64. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jdi.13384

22. Zahedi M, Akhlagh SA, Aboomardani M, Alipoor R, Hosseini SA, Shahmirzadi AR. Efficacy of Mediterranean diet on blood biochemical factors in type II diabetic patients: a randomized controlled trial. Gazi Med J [Internet]. 2020 [citado 28 Jul 2026];31(4):714-8. Disponible en: https://gazimedj.com/pdf/32e1d65a-7ef3-4d28-858e-7da63d316173/articles/gmj.2020.166/gmj-31-714-En.pdf

23. Lasa A, Miranda J, Bulló M, Casas R, Salas-Salvadó J, Larretxi I, et al. Comparative effect of two Mediterranean diets versus a low-fat diet on glycaemic control in individuals with type 2 diabetes. Eur J Clin Nutr [Internet]. 2014 [citado 28 Jul 2026];68(7):767-72. Disponible en: https://www.nature.com/articles/ejcn20141

24. Itsiopoulos C, Brazionis L, Kaimakamis M, Cameron M, Best JD, O'Dea K, et al. Can the Mediterranean diet lower HbA1c in type 2 diabetes? Results from a randomized cross-over study. Nutr Metab Cardiovasc Dis [Internet]. 2011 [citado 28 Jul 2026];21(9):740-7. Disponible en: https://www.nmcd-journal.com/article/S0939-4753(10)00080-3/abstract

25. Elhayany A, Lustman A, Abel R, Attal-Singer J, Vinker S. A low carbohydrate Mediterranean diet improves cardiovascular risk factors and diabetes control among overweight patients with type 2 diabetes mellitus: a 1-year prospective randomized intervention study. Diabetes Obes Metab [Internet]. 2010 [citado 28 Jul 2026];12(3):204-9. Disponible en: https://doi.org/10.1111/j.1463-1326.2009.01151.x

26. Shai I, Schwarzfuchs D, Henkin Y, Shahar DR, Witkow S, Greenberg I, et al. Weight loss with a low-carbohydrate, Mediterranean, or low-fat diet. N Engl J Med [Internet]. 2008 [citado 24 Jul 2026];359(3):229-41. Disponible en: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0708681

27. Sood S, Sylivris AL, Sualeheen A, Scott D, Tan SY, Villani A. The effects of Mediterranean diet with and without exercise on body composition in adults with chronic disease: a systematic review and meta-analysis of clinical trials. Clin Nutr [Internet]. 2025 [citado 28 Jul 2026];51:222-39. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561425001736

28. Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. Lancet [Internet]. 2018 [citado 29 Jul 2026];391(10120):541-51. Disponible en: https://www.directclinicaltrial.org.uk/Pubfiles/DiRECT1yearResults.pdf

Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed

29. Hanick CJ, Peterson CM, Davis BC, Sabaté J, Kelly JH Jr. A whole-food, plant-based intensive lifestyle intervention improves glycaemic control and reduces medications in individuals with type 2 diabetes: a randomised controlled trial. Diabetologia [Internet]. 2025 [citado 29 Jul 2026];68(2):308-19. Disponible en: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00125-024-06272-8.pdf

30. Mozaffari H, Madani-Civi R, Askari M, Lee C, Wong E, Wong C, et al. The impact of food-based dietary strategies on achieving type 2 diabetes remission: a systematic review. Diabetes Metab Syndr [Internet]. 2024 [citado 29 Jul 2026];18(8):103096. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871402124001577

31. Zhang Y, Yang Y, Huang Q, Zhang Q, Li M, Wu Y, et al. The effectiveness of lifestyle interventions for diabetes remission on patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. Worldviews Evid Based Nurs [Internet]. 2023 [citado 29 Jul 2026];20(1):64-78. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36480153/

32. Oliveira JS, da Silva JA, de Freitas BVM, Alfenas RCG, Bressan J. A Mediterranean diet improves glycation markers in healthy people and in those with chronic diseases: a systematic review of clinical trials. Nutr Rev [Internet]. 2025 [citado 29 Jul 2026];83(2):e317-31. Disponible en: https://academic.oup.com/nutritionreviews/article-abstract/83/2/e317/7667336?redirectedFrom=fulltext&login=false

33. Sánchez-Rosales AI, Guadarrama-López AL, Gaona-Valle LS, Martínez-Carrillo BE, Valdés-Ramos R. The effect of dietary patterns on inflammatory biomarkers in adults with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Nutrients [Internet]. 2022 [citado 29 Jul 2026];14(21):4577. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9654560/pdf/nutrients-14-04577.pdf

34. Martínez-González MA, Sayón-Orea C, Bullón-Vela V, Bes-Rastrollo M, Rodríguez-Artalejo F, Yusta-Boyo MJ, et al. Effect of olive oil consumption on cardiovascular disease, cancer, type 2 diabetes, and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. Clin Nutr [Internet]. 2022 [citado 29 Jul 2026];41(12):2659-82. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561422003557

35. Lauria F, Formisano A, Dello-Russo M, Quaglia C, Giacco R, Russo GL, et al. Mediterranean diet, gut microbiota, and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of intervention trials. Nutr

Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed

Metab Cardiovasc Dis [Internet]. 2026 [citado 29 Jul 2026];36(5):104433. Disponible en: https://www.nmcd-journal.com/action/showPdf?pii=S0939-4753%2825%2900588-5

36. Ayoub JJ, Haidar SA, Blaak EE, De Vries NK. Determinants of adherence to the Mediterranean diet among individuals with type 2 diabetes mellitus living in Mediterranean countries: a systematic review. Front Nutr [Internet]. 2025 [citado 29 Jul 2026];12:1523995. Disponible en: https://www.frontiersin.org/journals/nutrition/articles/10.3389/fnut.2025.1523995/pdf

37. Spadaccini D, Chandran A, Gonçalves-Correia FP, Janji H, Ciamparini C, Tini S, et al. South Asia-specific adaptation of Mediterranean diet principles: a mixed-methods review for practical and sustainable dietary habits. Front Nutr [Internet]. 2025 [citado 29 Jul 2026];12:1719686. Disponible en: https://www.frontiersin.org/journals/nutrition/articles/10.3389/fnut.2025.1719686/full

38. Simões-Corrêa-Galendi J, Leite RGOF, Banzato LR, Nunes-Nogueira VS. Effectiveness of strategies for nutritional therapy for patients with type 2 diabetes and/or hypertension in primary care: a systematic review and meta-analysis. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 [citado 29 Jul 2026];19(7):4243. Disponible en: https://www.mdpi.com/1660-4601/19/7/4243/pdf

39. Barbaresko J, Kannenberg L, Schaefer E, Lang A, Schwingshackl L, Neuenschwander M, et al. Dietary patterns and cardiovascular diseases in individuals with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. Adv Nutr [Internet]. 2026 [citado 29 Jul 2026];17(6):100640. Disponible en: https://advances.nutrition.org/action/showPdf?pii=S2161-8313%2826%2900054-2

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores

Alexa Fernanda-Cortez: conceptualización, metodología, investigación, curación de datos, análisis formal, visualización, redacción del borrador original, revisión y edición.

Katherine Anajancy Casco-Chamorro: metodología, investigación, curación de datos, validación, visualización, redacción del borrador original, revisión y edición.

Financiación

Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed

2026;32: e4358
ISSN: 1029-3035
RNPS: 1821

Autofinanciado.

Esta obra está bajo una licencia CreativeCommons Attribution4.0/International/Deed