

Sumario

■ EDITORIAL

LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC).

PRAKTIKA KLINIKOKO GIDAK (PKG).

METODOLOGÍA DE LA ELABORACIÓN DE UNA RECOMENDACIÓN EN LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA): EFICACIA DE LA DIETA HIPOSÓDICA

■ PREGUNTA CLÍNICA

- ¿Cuál es la efectividad de la dieta sin sal en el control de la HTA esencial?

■ BÚSQUEDA DE LA EVIDENCIA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS

■ EVALUACIÓN, CLASIFICACIÓN Y SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA

■ EVALUACIÓN FORMAL Y FORMULACIÓN DE RECOMENDACIONES CON GRADOS DE EVIDENCIA

■ RESUMEN DE LA EVIDENCIA Y REDACCIÓN DE LAS RECOMENDACIONES EN LA GPC

EDITORIAL

Las guías de práctica clínica (GPC). Praktika klinikoko gidak (PKG).

Los profesionales de atención primaria (AP) estamos acostumbrados a la toma de decisiones en el marco de una considerable incertidumbre, lo que explica en parte la variabilidad de la práctica médica.

La reforma de la AP trajo consigo la necesidad de normalizar la atención a nuestros pacientes y, paralelamente, la proliferación de los protocolos. Sin embargo sabemos que el seguimiento de éstos es escaso. La falta de tiempo y la baja calidad de algunos documentos disponibles pueden explicar este hecho¹.

Una de las estrategias para la aplicación práctica de la medicina basada en la evidencia es la elaboración y seguimiento de las GPC entendidas como *"el conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y pacientes en la toma de decisiones para una atención sanitaria apropiada en unas circunstancias clínicas concretas"*. La forma explícita en su desarrollo, la búsqueda, evaluación y síntesis de la evidencia y la relación directa entre ésta y las recomendaciones propuestas son atributos esenciales de una GPC.

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los problemas de salud más frecuentes en las consultas de AP. En los últimos años se han publicado diferentes consensos, guías y protocolos sobre la HTA con amplia variabilidad en sus recomendaciones, siendo muchos de ellos de calidad mejorable, lo que contribuye al desconcierto de los profesionales. Una GPC de calidad basada en las mejores pruebas disponibles parece una herramienta útil, si bien por sí sola no garantiza una mejor atención médica. Es necesario que la difusión e implementación de la misma se realice de una forma efectiva.

Desde hace un año, un grupo de profesionales de nuestra comunidad viene trabajando en un proyecto de elaboración de una GPC sobre la HTA, a propuesta de la Subdirección de Atención Primaria de Osakidetza y con el respaldo de la Sociedad Vasca de Medicina de Familia (Osatzen) y de la Sociedad de hipertensión arterial y riesgo cardiovascular del País Vasco (Eusten).

La elaboración de las recomendaciones se realiza después de un trabajo laborioso de búsqueda y síntesis de la información, que no se ve reflejado en el documento final. Por ello, el objetivo de este INFAC es explicar la metodología y el proceso de elaboración de una recomendación en una GPC, a través de un ejemplo práctico.

Lehen mailako atentzioan (LMan) ari garen profesionalak ohituta gaude ziurtasun osoz gabe erabakiak hartzen; ziurgabetasun horrek azaltzen du neurri batean praktika medikoan dagoen aldagarritasuna.

LM-ren erreformaren ondorioz gure pazienteen atentzioa normalizatu behar izan zen, eta aldi berean protokoloak ugaldtu ziren. Hala ere, badakigu protokolo horien jarraipena eskasa dela. Denborarik ez izatea eta zenbait dokumentu erabilgarriren kalitateak eza izan daitezke gertatzen denaren arrazoiak¹.

Ebidentzian oinarriturik medikuntzaren aplikazio praktikorako estrategien artean PKG-en elaborazioa eta jarraipena dago; izan ere, gida horiek *"sistematikoki garatutako gomendio-multzo bat dira, profesionali eta pazienteei laguntzeko zirkunstantzia kliniko konkretuetan erabakiak hartzerakoan, atentzio sanitarioa egokia izan dadin"*. PKG baten atributu esentzialak dira: bere garapenean duen forma esplizitua; ebidentziaren bilakuntza, ebaluazioa eta sintesia; eta proposatzen dituen gomendioen eta ebidentziaren arteko lotura zuzena.

Arteria-hipertentsioa (AHT) da LM-ko kontsultetako osasun-arazo sarrienetarikoa. Azken urteotan AHT-ari buruzko adostasun, gida eta protokolo ezberdinak argitaratu dira. Baina beren gomendioetan aldagarritasun handia egoteak, eta kalitatearen aldetik dituzten mugen profesionalen nahasmena sortzen dute. Erabilgarri dauden frogarik onenetan oinarrituriko kalitatezko PKG bat lanabes egokia dela dirudi, baina berak bakarrik ez du garantizatzen atentzio mediko hobetirik. Beharrezkoa da gidaren hedapena eta ezarpena efektibitateaz egitea.

Urtebetetik hona, gure erkidegoko profesional talde bat AHT-ari buruzko PKG bat lantzeko proiektuan ari da; proiektu hori Osakidetza Lehen Mailako Atentzioko Zuzendariordetzak proposatu zuen, eta Familia-Medikuntzako Euskal Sozietaateak (Osatzen izenekoak) eta Euskal Herriko arteria-hipertentsio eta arrisku kardiobaskularren Sozietaateak (Eusten izenekoak) beren laguntza eman dute.

Gomendioak elaboratzeko informazioa bilatzen eta sintesia egiten lan asko egiten da, lan hori azken dokumentuan ikusten ez bada ere. Horregatik, INFAC honen helburua da PKG bateko gomendio bat lantzeko erabili den metodologia eta prozesua azaltzea, adibide praktikoko baten bidez.

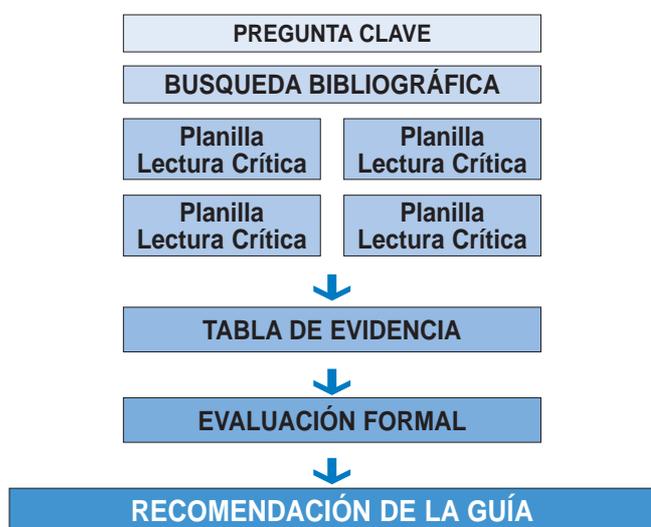
El boletín INFAC es una publicación mensual que se distribuye gratuitamente a los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la promoción del uso racional del medicamento para obtener un mejor estado de salud de la población.

1. A. Casí Casanellas, F. Aizpuru Barandiarán, F. Ibáñez Pérez y Grupo de Trabajo sobre Calidad de las Guías de Práctica Clínica en Atención Primaria de la Sociedad Vasca de Medicina de Familia. *Atención Primaria* 2000; 26: 585-9.

Metodología de la elaboración de una recomendación en la guía de práctica clínica de la hipertensión arterial (HTA): Eficacia de la dieta hiposódica

En la guía de HTA hemos utilizado la metodología SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) (1). Cada una de las preguntas que se plantea se responde siguiendo un proceso explícito: comienza por la elaboración de una pregunta precisa, continúa con una búsqueda bibliográfica y evaluación de la evidencia de acuerdo a unos criterios predeterminados, y concluye con la elaboración de una recomendación con el grado de evidencia que la sustenta (2) (figura 1).

Figura 1:
FASES EN LA ELABORACIÓN DE UNA RECOMENDACIÓN EN UNA GPC



1. PREGUNTA CLÍNICA

¿Cuál es la efectividad de la dieta sin sal en el control de la HTA esencial?

La pregunta clínica se define con sus 3 componentes (tabla 1).

Tabla 1:
LA PREGUNTA CLÍNICA CON SUS TRES COMPONENTES

PACIENTE	INTERVENCIÓN/ COMPARACIÓN	RESULTADOS
Adulto diagnosticado de HTA en tratamiento farmacológico o no	Dieta hiposódica vs Dieta normal	Descenso de cifras de PA Morbimortalidad cardiovascular Efectos adversos
Tipo de Estudio: Revisión sistemática/Metaanálisis, Ensayo clínico		

2. BÚSQUEDA DE LA EVIDENCIA y SELECCIÓN DE ESTUDIOS

La Revisión Sistemática (RS) y/o metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) es el tipo de estudio más adecuado para responder preguntas sobre eficacia/efectividad de una intervención sanitaria (3), por lo que en primer lugar se han buscado este tipo de estudios.

Se ha realizado una búsqueda de artículos publicados hasta enero de 2002 en MEDLINE (tabla 2), Best Evidence, Clinical Evidence, Índice Médico Español, Embase y Tripdatabase. La búsqueda se ha completado examinando la bibliografía utilizada en las principales GPC nacionales e internacionales (4-8), así como en 2 monografías recientes sobre HTA (9,10).

La RS más reciente está publicada en 1998 (11), e incluye ECA publicados hasta 1997, por lo que se ha realizado una búsqueda complementaria de ECA desde esa fecha hasta enero de 2002.

Los ECA debían comparar dieta sin sal con dieta normal en pacientes adultos con HTA esencial en tratamiento farmacológico o no y comprobar el cumplimiento de la dieta mediante la determinación de la excreción de sodio en la orina. Los artículos podían estar escritos en castellano, inglés o francés.

Tabla 2:
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA EN MEDLINE

1. Sodium [Mesh]AND Diet [Mesh]
2. Sodium Dietary [Mesh]
3. Diet,sodium Restricted [Mesh]
4. Hypertension [Mesh].
5. Meta-Analysis [PTYP]
6. Meta-Analysis [Text word]
7. Meta-Analysis [Mesh]
8. Review Literature [Mesh]
9. 1 OR 2 OR 3
10. 5 OR 6 OR 7 OR 8
11. 4 AND 9 AND 10

Selección de los estudios

La búsqueda en las bases de datos nos proporcionó más de 30 revisiones y 25 ensayos que podían cumplir los criterios fijados. Se examinaron los abstracts de estas referencias y finalmente seleccionamos 6 (11-16) para su evaluación, sin considerar las que estaban recogidas en otras de publicación posterior.

La RS de Gaudal (1998) (11) es un metaanálisis que incluye pacientes normo e hipertensos y admite trata-

miento farmacológico. No realiza subanálisis en población anciana y la duración media de los estudios es de un mes. Por ello hemos considerado el metaanálisis de Midgley (13), que realiza un subanálisis en población mayor de 45 años, y la RS de Ebrahim (16), que estudia el efecto de la restricción de sodio a medio plazo (6 meses o más).

En la búsqueda de ECA hemos encontrado dos ensayos no incluidos en las RS y que cumplían los criterios establecidos: el TONE, publicado en dos artículos, (12,15) y el DASH (14). Los principales artículos finalmente evaluados (11-16) no estaban recogidos en las GPC consultadas.

3. EVALUACIÓN, CLASIFICACIÓN Y SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA

3.1. Evaluación de la evidencia:

Una vez que se han seleccionado los estudios, el siguiente paso es evaluar su **validez**. La evaluación se realiza cumplimentando una planilla de lectura crítica ("checklist") que consta de una serie de preguntas acerca del diseño y resultados del estudio. Las planillas son

diferentes según el tipo de estudio. En el caso de la revisión sistemática, la evaluación se realiza de acuerdo a los aspectos que se recogen en la planilla (Tabla 3). La evaluación se realiza al menos por 2 revisores de forma independiente (1).

Tabla 3:
PLANILLA DE LECTURA CRÍTICA DE REVISIÓN SISTEMÁTICA/METAANÁLISIS

PLANILLA DE LECTURA CRÍTICA REVISIÓN SISTEMÁTICA/METAANÁLISIS	
Referencia:	
SECCIÓN 1: VALIDEZ INTERNA	
1.1	¿Se dirige el artículo a una pregunta claramente formulada? Paciente. Intervención. Resultados.
1.2	¿Incluye la revisión una descripción de la metodología empleada?
1.3	¿La estrategia de búsqueda es suficientemente rigurosa como para identificar todos los estudios relevantes?
1.4	¿Se tiene en cuenta la calidad de los estudios individuales? ¿Se emplea alguna escala de calidad? ¿Se evalúa de forma independiente por más de un revisor?
1.5	¿La revisión estudia tanto los beneficios como los efectos desfavorables de la intervención evaluada?
1.6	¿Es razonable combinar los resultados? ¿Se emplea test de heterogeneidad? Si existe, ¿se explica?
1.7	¿Se realizan análisis de sensibilidad? ¿Son razonables?
1.8	¿Las conclusiones se derivan de los ensayos evaluados?
SECCIÓN 2: EVALUACIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	
2.1	Capacidad del estudio para minimizar sesgos Escala: ++, +, -
2.2	En caso de + ó -, ¿en qué medida puede el sesgo afectar a los resultados?
2.4	¿Los resultados del estudio son aplicables a la población diana objeto de esta GPC?
SECCIÓN 3: DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	
3.1	¿Qué tipo de estudios se incluyen en esta revisión? <i>Ensayos clínicos aleatorizados (ECA), Cohortes, Casos-Control.</i>
3.2	¿Qué intervenciones se han considerado?
3.3	¿Qué resultados (outcomes) se han utilizado? <i>Favorables y desfavorables</i>
3.4	¿Cuál es la magnitud del efecto del tratamiento? – <i>Expresión numérica adecuada</i> – <i>Términos usados (RR, OR, NNT, NNH, etc)</i> – <i>Magnitud del efecto, significación clínica</i>
3.5	¿Cuál es la precisión de los resultados?: – <i>Expresión mediante intervalos de confianza</i> – <i>Significación estadística</i>
3.6	¿Cómo es la población estudiada? <i>Edad, sexo, prevalencia del trastorno estudiado, etc</i>
3.7	¿En qué medio se realiza el estudio? (<i>Rural-Urbano, Atención primaria, Hospital, etc</i>)

3.2. Clasificación de la evidencia:

Para ello se emplean 2 atributos: el tipo de estudio y la posibilidad de sesgo. De esta forma asignamos un nivel de evidencia a cada estudio y, en base a ello, unos grados de recomendación (Tabla 4).

Los grados de recomendación A y B son firmes y de gran consistencia, basados en estudios de buena cali-

dad. El grado C nos indica una menor consistencia y calidad de los estudios.

El grado D nos indica que no se ha encontrado evidencia suficiente acerca de una cuestión o que la que se ha encontrado era de tan baja calidad que no se ha considerado, y la formulación de las recomendaciones se hace en base a opiniones expresadas por expertos.

Tabla 4:
NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN (1)

NIVELES DE EVIDENCIA	
1++	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo
1+	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo
1 -	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o casos-control de alta calidad Estudios de cohortes o casos-control de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo, y con alta probabilidad de establecer una relación causal
2+	Estudios de cohortes o casos-control bien realizados con bajo riesgo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal
2 -	Estudios de cohortes o casos-control con alto riesgo de sesgo
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos
4	Opinión de expertos

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la Guía; o Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos ; o Evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicable a la población diana de la guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o Evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o Evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+

3.3. Síntesis de la evidencia:

La evaluación conjunta de los distintos estudios se recoge en forma de una tabla de evidencia que resume la

evidencia teniendo en cuenta tanto aspectos metodológicos como clínicos (Tabla 5).

4. EVALUACIÓN FORMAL Y FORMULACIÓN DE RECOMENDACIONES CON GRADOS DE EVIDENCIA

Todo el material previo (búsqueda bibliográfica, planillas de lectura crítica, tabla de evidencia, etc) nos sirve de base para elaborar las recomendaciones.

Para ello hemos utilizado un formato resumen o "evaluación formal", que se presenta de forma íntegra en la tabla 6.

5. RESUMEN DE LA EVIDENCIA Y REDACCIÓN DE LAS RECOMENDACIONES EN LA GPC

Finalmente, la GPC recogerá sólo los aspectos relevantes de las evidencias y recomendaciones recogidas en la evaluación formal.

En el caso de la pregunta de la dieta sin sal, las **evidencias** y las recomendaciones quedarían redactadas de la siguiente forma:

EVIDENCIAS	
La reducción de la ingesta de sodio (hasta conseguir excreciones urinarias de 118 mmol/24h) produce una reducción de PAS de 3,9 mmHg (IC 3 a 4,8) y PAD 1,9 mmHg (IC 1,3 a 2,5) en el conjunto de pacientes hipertensos (11).	1 ++
Esta reducción es de mayor magnitud en pacientes de mayor edad que no reciben tratamiento farmacológico: ↓ PAS 6,3 mmHg (IC 4,1 a 8,4), ↓ PAD 2,2 mmHg (IC 0,6 a 3,9) (13).	1 +
Este beneficio se obtiene incluso en los individuos que siguen una dieta cardiosaludable (16).	1 ++
La reducción moderada de la ingesta de sal en pacientes de 60 a 80 años apoyada por educación sanitaria consigue un descenso de PAS de 4,3 mmHg (IC 2,5 a 6) y de PAD de 2 mmHg (IC 0,8 a 3,2) y puede evitar en algunos pacientes el reinicio de tratamiento farmacológico: HR: 0,67 (IC 0,5 a 0,8) NNT:13 (IC 9 a 25)(12).	1 ++

RECOMENDACIONES	
Los pacientes con HTA esencial deben recibir consejo de los profesionales para disminuir el contenido de sodio en la dieta. Este consejo debe mantenerse incluso en aquellos pacientes que siguen una dieta cardiosaludable. Este consejo es especialmente importante en la población anciana.	A
Es conveniente individualizar la intervención en función de la aceptabilidad del paciente y de la magnitud del efecto observado.	D

Tabla 5:
TABLA DE EVIDENCIA

AUTOR O ESTUDIO (REF)	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	CALIDAD	POBLACIÓN	RESULTADOS	MAGNITUD DEL EFECTO (ESTIMADORES, SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA, ETC)	COMENTARIOS
Graudal (11)	1998	RS	++	2.181 Adultos HTA *	Cifras de PA	Duración media: 28 días. PAS: ↓ 3,9 mmHg (IC 3,0 a 4,8) PAD: ↓ 1,9 mmHg (IC 1,3 a 2,5)	Metaanálisis acumulativo. Diseño riguroso. Efecto clínico modesto.
DASH (14)	2001	ECA	++	412 Adultos HTA sin Tto farmacológico	Cifras de PA	Evaluación a 1 mes – Dieta normal (contenido en sodio: bajo, intermedio, alto): a) Intermedio vs alto: diferencias no significativas en PAS b) Bajo vs alto: ↓ 8 mmHg (IC 6,3 a 9,7) en PAS – Dieta cardiosaludable (dieta DASH) (contenido en sodio: bajo, intermedio, alto): a) Intermedio vs alto: diferencias no significativas en PAS b) Bajo vs alto: ↓ 5,3 mmHg (IC 3,8 a 6,8) en PAS	Ensayo de calidad. Beneficio de dieta sin sal: independiente del tipo de dieta. Efecto clínico moderado. Mayor beneficio en raza negra. (compara también dieta normal vs cardiosaludable: resultados favorables para la dieta cardiosaludable).
TONE (12,15)	1998 2001	ECA	++	681 >60 años HTA con Tto. Farmacológico	– Elevación de la PA: PA>110/190 (una sola visita) o PA media>100/150 (dos visitas) o que requiere reinicio de tto farmacológico – Eventos CV	Evaluación a tres años 1. Resultado combinado (elevación de cifras de PA, reinicio de tto con fármacos y eventos CV): HR: 0,68 (IC 0,56-0,84). Dieta 64 %, control 79 %, NNT 16 (IC 11 a 29) 2. Elevación de PA que requiere reinicio de tto. HR: 0.67 (IC 0.54 a 0.83); dieta 57 %, control 73 %, NNT 13 (IC 9 a 25) 3. Eventos CV. Sin diferencias significativas Sin diferencias por subgrupos: sexo, raza, peso y edad 4. Cifras de PA: PAS: ↓ 4,3 mmHg (IC 2,5 a 6) PAD: ↓ 2 mmHg (IC 0,8 a 3,2)	Ensayo de calidad. Beneficio en población obesa y con normopeso. Único que mide morbilidad CV. La dieta sin sal puede evitar tratamientos farmacológicos.
Ebrahim (16)	1998	RS	+	430 Adultos HTA *	Cifras de PA	Seguimiento > 6 meses. PAS: ↓ 2,9 mmHg (IC 0 a 5,8) PAD: ↓ 2,1 mmHg (IC 0,1 a 4)	Metaanálisis con algunas deficiencias. El beneficio se mantiene a 6 meses.
Midgley (13)	1996	RS	+	3.505 HTA sin Tto. Farmacológico *	Cifras de PA	Seguimiento 28 días PAS: ↓ 3,7 mmHg (IC 2,35 a 5,05) PAD: ↓ 0,9 mmHg (IC 0,3 a 1,85) Hipertensos > 45 años sin Tto farmacológico (17 estudios): PAS ↓ 6,3 mmHg (IC 4,1 a 8,4) PAD ↓ 2,2 mmHg (IC 0,6 a 3,9)	Sesgo de publicación evidente. Beneficio superior en población > 45 años.

* En las revisiones que tratan el efecto de la dieta en población normo e hipertensa sólo se presentan los datos referentes a población hipertensa. CV: cardiovascular. ECA: ensayo clínico aleatorizado. HR: hazard ratio. HTA: hipertensión arterial. IC: intervalo de confianza. NNT: número de pacientes necesario a tratar. PA: presión arterial. PAD: presión arterial diastólica. PAS: presión arterial sistólica. RS: revisión sistemática. Tto: tratamiento.

Tabla 6:
EVALUACIÓN FORMAL

PREGUNTA CLÍNICA: ¿CUÁL ES LA EFECTIVIDAD DE LA DIETA SIN SAL EN EL CONTROL DE LA HTA ESENCIAL ?

<p>1. Volumen de la evidencia Incluir comentarios acerca de la cantidad de las pruebas disponibles sobre este tema y su calidad metodológica</p> <p>Existen varias revisiones sistemáticas de calidad publicadas desde 1994. Se ha elegido la publicada por Graudal en 1998 por ser un metaanálisis acumulativo y recoger los estudios referenciados en las revisiones previas. Hemos considerado además la revisión de Ebrahim por medir la efectividad a 6 meses, a diferencia de la anterior cuya duración media es de un mes, y la de Midgley por realizar un análisis en población mayor de 45 años.</p> <p>Existen 2 ensayos posteriores metodológicamente correctos que nos aportan 2 aspectos añadidos:</p> <p>1-La evaluación de la efectividad de la dieta sin sal, según tipo de dieta (normal o cardiosaludable).</p> <p>2-La efectividad de la dieta sin sal, apoyada por educación sanitaria, en el anciano, a largo plazo (3 años).</p> <p>Los estudios consultados, salvo el TONE, no evalúan la efectividad sobre morbilidad cardiovascular.</p> <p>Echamos de menos en los estudios la valoración de la aceptabilidad de la dieta por parte de los pacientes.</p>	<p>2. Aplicabilidad Comentar hasta qué punto las pruebas encontradas son aplicables a nuestra realidad</p> <p>Sí. No obstante, hay que tener en cuenta la factibilidad de apoyar la medida con educación sanitaria en nuestro medio.</p>	<p>3. Validez Externa (Extrapolación) Comentar cómo es de razonable generalizar los resultados de los estudios utilizados como "evidencia" a la población diana de esta GPC</p> <p>Podemos aplicarlo a nuestra población teniendo en cuenta las cuestiones referidas a la raza.</p> <p>En las revisiones sistemáticas no se realizan subanálisis en poblaciones mediterráneas.</p>	<p>4. Consistencia Comentar el grado de consistencia de la evidencia disponible. Si hay resultados discordantes indicar cómo ha elegido el grupo de trabajo entre las opciones publicadas</p> <p>Gran consistencia entre revisiones y ensayos aunque estos últimos muestran mayores descensos en la cifras de PA. Descenso mayor de PA en el anciano.</p>	<p>5. Relevancia/Impacto clínico Comentar el potencial impacto clínico que la intervención objeto de estudio puede tener: tamaño de la población; magnitud del efecto; beneficio relativo frente a otras opciones disponibles; implicaciones en recursos; balance entre riesgo y beneficio</p> <p>El impacto de la dieta sin sal en cuanto a reducción de cifras de PA es modesto (salvo en el anciano). La intervención es factible, y puede llevarse a cabo por personal de enfermería con un entrenamiento previo. No obstante, teniendo en cuenta que los estudios no han evaluado la aceptabilidad de la dieta sin sal y que el beneficio es modesto, el consejo debería ser individualizado.</p>	<p>6. Otros factores Comentar otros factores tenidos en cuenta al evaluar la evidencia disponible</p> <p>Nada reseñable</p>	<p>7. Grado/Clasificación de evidencia Resume la síntesis de toda la evidencia realizada por el grupo de trabajo para esta cuestión, teniendo en cuenta todos los puntos anteriores, indicando el nivel de evidencia asignado</p> <p>La reducción de la ingesta de sodio (hasta conseguir excreciones urinarias de 118 mmol/24h) produce una reducción de PAS de 3,9 mmHg (IC 3 a 4,8) y PAD 1,9 mmHg (IC 1,3 a 2,5) en el conjunto de pacientes hipertensos (11).....</p> <p>Esta reducción es de mayor magnitud en pacientes de mayor edad que no reciben tratamiento farmacológico: ↓ PAS 6,3 mmHg (IC 4,1 a 8,4), ↓ PAD 2,2 mmHg (IC 0,6 a 3,9) (13).....</p> <p>Este beneficio se obtiene incluso en los individuos que siguen una dieta cardiosaludable (16).....</p> <p>La reducción moderada de la ingesta de sal en pacientes de 60 a 80 años apoyada por educación sanitaria consigue un descenso de PAS de 4,3 mmHg (IC 2,5 a 6) y de PAD de 2 mmHg (IC 0,8 a 3,2) y puede evitar en algunos pacientes el reinicio de tratamiento farmacológico: HR: 0,67 (IC 0,5 a 0,8) NNT:13 (IC 9 a 25)(12).....</p>	<p>8. Recomendación Qué recomendación se deriva para el grupo de trabajo, de toda la evidencia evaluada. Indicar grado de recomendación y discrepancias en la formulación de la recomendación si las hubiera.</p> <p>Los pacientes con HTA esencial deben recibir consejo de los profesionales para disminuir el contenido de sodio en la dieta. Este consejo debe mantenerse incluso en aquellos pacientes que siguen una dieta cardiosaludable. Este consejo es especialmente importante en la población anciana.....</p> <p>Es conveniente individualizar la intervención en función de la aceptabilidad del paciente y de la magnitud del efecto observado.....</p>	<p>NIVEL DE EVIDENCIA</p> <p>1 ++</p> <p>1 +</p> <p>1 ++</p> <p>1 ++</p> <p>GRADO DE RECOMENDACIÓN</p> <p>A</p> <p>D</p>
--	---	---	--	---	--	--	--	--

Autores: el presente material ha sido elaborado por:

Ina Idarreta. Médico de Familia Centro Salud de Tolosa. Comarca Gipuzkoa Oeste
Laura Balagué. Enfermera. Centro de Salud de Rentería-Iztieta. Comarca Gipuzkoa Este
Rafael Rotaeché. Médico de Familia. Centro de Salud de Alza. Comarca Gipuzkoa Este

BIBLIOGRAFÍA

- (1) *Scottish Intercollegiate Guidelines Network. A guideline developers' handbook. 2001. Edinburgh, SIGN. SIGN Publication No. 50.*
- (2) *Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ 2001; 323(7308):334-336.*
- (3) *Cook DJ, Greengold NL, Ellrod AG, Weingarten SR. The relation between systematic reviews and practice guidelines. Annals of Internal Medicine 1997; 127:210-216.*
- (4) *1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. Guidelines Subcommittee. J Hypertens 1999; 17:151-183.*
- (5) *The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure [published erratum appears in Arch Intern Med 1998 Mar 23;158(6): 573] [see comments]. Arch Intern Med 1997; 157:2413-2446.*
- (6) *Fodor JG, Whitmore B, Leenen F, Larochelle P. Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. 5. Recommendations on dietary salt. Canadian Hypertension Society, Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control, Laboratory Centre for Disease Control at Health Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada. CMAJ 1999; 160:S29-S34.*
- (7) *Ramsay L, Williams B, Johnston G, MacGregor G, Poston L, Potter J et al. Guidelines for management of hypertension: report of the third working party of the British Hypertension Society. J Hum Hypertens 1999; 13: 569-592.*
- (8) *Lombera RF, Barrios A, V, Soria AF, Placer PL, Cruz Fernandez JM, Tomas AL et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol 2000; 53(1): 66-90.*
- (9) *Beevers G, Lip G Y H, O'Brien E. ABC of Hypertension. Fourth ed. London: BMJ Publishing Group, 2001.*
- (10) *Mulrow C. Evidence-based Hypertension. London: BMJ Publishing Group, 2001.*
- (11) *Graudal NA, Galloe AM, Garred P. Effects of sodium restriction on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterols, and triglyceride: a meta-analysis. JAMA 1998; 279:1383-1391.*
- (12) *Appel LJ, Espeland MA, Easter L, Wilson AC, Folmar S, Lacy CR. Effects of Reduced Sodium Intake on Hypertension Control in Older Individuals: Results From the Trial of Non-pharmacologic Interventions in the Elderly (TONE). Arch Intern Med 2001; 161:685-693.*
- (13) *Midgley JP, Matthew AG, Greenwood CM, Logan AG. Effect of reduced dietary sodium on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA 1996; 275: 1590-1597.*
- (14) *Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. N Engl J Med 2001; 344: 3-10.*
- (15) *Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA, Applegate WB, Ettlinger WH, Kostis JB et al. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). TONE Collaborative Research Group. JAMA 1998; 279: 839-846.*
- (16) *Ebrahim S, Smith GD. Lowering blood pressure: a systematic review of sustained effects of non-pharmacological interventions. J Public Health Med 1998; 20: 441-448.*

Fecha revisión bibliográfica: mayo 2002

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazilaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME/MIEZ - Tel. 945 01 92 66 - E-mail: cevime-san@ej-gv.es

Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpuru, Iciar Alfonso, Izaskun Aranzegi, María Armendáriz, Maitte Callén, Arriku Etxeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Iñaki García, Josune Iribar, Juan José Iglesias, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, Javier Martínez, Carmela Mozo, Elena Oloquiegui, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde, Javier Urraca.

ISSN: 1575054-X
D.L.: BI-587-99



Osakidetza
Servicio vasco de salud



OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD