

## PREGUNTA CLÍNICA N° 18-DIETA

**¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE LAS MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS EN EL CONTROL DEL PACIENTE HIPERTENSO? ¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE LA DIETA? ¿DIETA HIPOCALÓRICA? ¿OTRO TIPO DE DIETA?**

Fecha de edición: Octubre 2014

### RESUMEN

#### 1. Pregunta clínica en formato PICO.

<b>Pacientes</b>	Paciente hipertenso con sobrepeso
<b>Intervención</b>	Dieta hipocalórica
<b>Comparación</b>	No intervención/Dieta habitual
<b>Resultados</b>	Disminución de cifras de presión arterial /morbimortalidad
<b>Tipo de estudio</b>	RS de ECA, ECA, estudios observacionales a largo plazo.

<b>Pacientes</b>	Paciente hipertenso con sobrepeso
<b>Intervención</b>	Dieta con modificaciones cualitativas
<b>Comparación</b>	No intervención/Dieta habitual
<b>Resultados</b>	Disminución de cifras de presión arterial /morbimortalidad
<b>Tipo de estudio</b>	RS de ECA, ECA, estudios observacionales a largo plazo.

#### 2. Introducción.

Recomienda que los pacientes con HTA esencial, incluidos los que toman medicación antihipertensiva, deben recibir consejo de los profesionales para disminuir peso (Grado A) en base a 2 RS (1, 2) que evalúan el efecto de la dieta hipocalórica con modificaciones cualitativas apoyadas por intervenciones programadas individuales en las cifras de PA.

Recomienda así mismo una dieta rica en frutas y verduras (Grado A) en base a los resultados en cifras de PA de la dieta DASH(3)

### 3. Estrategia de elaboración de la pregunta.

#### 3.1. GPCs Base.

Guía	Resumen de evidencia y recomendación	Cita (diseño)	Observaciones
<b>CANADA 2012 (4)</b>	<p>Reducción de peso</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A todo hipertenso con exceso de peso se le debe aconsejar perder peso (Grado B).</li> <li>2. Se debe aconsejar mantener un peso corporal saludable (IMC: 18,5-24,9) así como la circunferencia de cintura en 102cm para hombres y 88 cm para mujeres para prevenir la HTA (Grado C) o para reducir las cifras de PA en los hipertensos (Grado B).</li> <li>3. Las estrategias de pérdida de peso debe emplear un enfoque multidisciplinar que incluyen educación alimentaria, el aumento de la actividad física, y la intervención conductual (Grado B).</li> <li>4. Las recomendaciones dietéticas incluirán la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) (Grado B).</li> </ol>	<p>Estudios 1966-1996</p> <p>Sacks 2001( DASH)</p>	<p>No cambios en la recomendación.</p>
<b>NICE 2011 (5)</b>	<p>Determinar patrones de hábitos en el paciente hipertenso para ofrecer material escrito o audiovisual sobre dieta saludable y práctica de ejercicio físico</p> <p>Consejos sobre estilos de vida saludables. Para conseguir cambios potenciar el trabajo en grupo</p>	<p>Nice 2004. Metaanálisis propio</p>	<p>No cambios en recomendación</p> <p>14 ECAs con 1474 pac Incluyen diversidad de intervenciones aunque predominan las dietas hipocalóricas vs dieta habitual: Importante heterogeneidad.</p>

**Resumen GPC Base:** La guía canadiense establece objetivos de IMC y cintura abdominal. Plantea hacerlo a través de abordaje multidisciplinar que incluya ejercicio físico y consejos dietéticos. Además recomienda la dieta rica en frutas y verduras, en base a los resultados de estudio DASH (3).

La guía NICE recomienda dieta cardiosaludable sin especificar objetivos de pérdida de peso.

#### 3.2. Algoritmo para la elaboración de la pregunta\*.

Criterios	Si	No
Las guías base responden a la pregunta	X	
Existen revisiones sistemáticas que responden a la pregunta	X	

**Conclusión:** Se decide actualizar desde la edición de la guía anterior 2007.

## Guía de Práctica Clínica sobre Hipertensión Arterial. Pregunta N° 18-dieta

Estrategia a seguir	Marcar con X
Adopción GPC/Revisión sistemática	
Elaboración parcial	<b>X</b>
Elaboración de novo	

### 3.3. Diseño de la estrategia de búsqueda de estudios individuales.

<b>Criterios selección estudios</b>	RS de ECA, ECA, estudios observacionales a largo plazo.
<b>Período de búsqueda</b>	2007-2013
<b>Bibliografía de expertos</b>	Sí
<b>Bases de datos y estrategia de búsqueda</b>	<b>Ver Anexo I</b>

*\* Se ha modificado el Algoritmo de adaptación utilizado en Etxeberria A, Rotaeché R, Lekue I, Callén B, Merino M, Villar M: Descripción de la metodología de elaboración-adaptación-actualización empleada en la guía de práctica clínica sobre asma de la CAPV. Proyecto de Investigación Comisionada. In. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco, 2005. Informe no: Osteba D-05-03.*

#### 4. Resumen de la evidencia (tablas de estudios individuales y valoración de calidad).

##### 4.1. GRADE Evidence Profile.

**Bibliografía:** Siebenhofer A, Jeitler K, Berghold A, Waltering A, Hemkens LG, Semlitsch T, Pachler C, Strametz R, Horvath K. Long-term effects of weight-reducing diets in hypertensive patients [Data only. When citing this record quote "Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 3"]. Cochrane Database of Systematic Reviews [Year], Issue [Issue]. (6)

Comparación 1: Disminución de peso vs. Dieta habitual

Evaluación de la calidad						Calidad Magnitud del efecto					Importancia		
Nº de estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Im	Otras consideraciones	Gr	Grupo control	Relativa (95% CI)	Absoluta			
<b>Desenlace1: Cambios en PAS desde el valor basal</b>													
3	RS de ECAs	Muy serio <sup>1</sup>	No seria	No seria <sup>2</sup>	Se	Sin detectar <sup>4</sup>	37	360		-4,49 (-7,2 a -1,78)	[ [ [ [ ] ] ] ]	MUY BAJA	IMPORTANTE
<b>Desenlace2: Cambios en PAD desde el valor basal</b>													
4	RS de ECAs	Muy serio <sup>1</sup>	Seria <sup>5</sup>	No seria <sup>2</sup>	Se	Ninguna	37	360		-3,19 (-4,83 a -1,54)	[ [ [ [ ] ] ] ]	MUY BAJA	IMPORTANTE

<sup>1</sup> De los 3 solo uno cumple 2 de los 6 criterios de calidad. Uno de ellos no cumple ninguno(Odes)

<sup>2</sup> Pacientes hipertensos >18 años . No datos de peso

<sup>3</sup> Un extremo del IC corta el umbral de significación clínica

<sup>4</sup> No aporta datos

<sup>5</sup> 1.35%. No explicada por diferencias en diseño, tamaño, duración de seguimiento

Guía de Práctica Clínica sobre Hipertensión Arterial. Pregunta N° 18-dieta

**Bibliografía:** Estruch R., Ros E, M.D., Salas-Salvadó J, Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. N Engl J Med 2013; 368:1279-1290. (7)

Comparación 1: Dieta mediterránea vs. Dieta habitual

Evaluación de la calidad						Calidad Magnitud del efecto				Importancia		
Nº de estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Im	Otras consideraciones	Gr	Grupo control	Relativa (95% CI)	Absoluta		
<b>Desenlace1: Eventos cardiovasculares mayores (IAM, ACVA , muerte CV) en subgrupo de hipertensos dieta combinada</b>												
1	ECA	Serío <sup>1</sup>	No seria <sup>2</sup>	No seria <sup>3</sup>	No	Ninguna <sup>4</sup>			HR 0,65 (0,50-0,84)		 MODERADA	CRÍTICA
<b>Desenlace2: ACVA (mediana de seguimiento de 4,8) dieta suplementada con aceite</b>												
1	ECA	Serío <sup>1</sup>	No seria <sup>2</sup>	Seria <sup>5</sup>	S	Ninguna <sup>4</sup>			HR:0,67 (0,46-0,98)		 MUY BAJA	CRÍTICA
<b>Desenlace3: IAM dieta suplementada con aceite</b>												
1	ECA	Serío <sup>1</sup>	No seria <sup>2</sup>	Seria <sup>5</sup>	M	Ninguna <sup>4</sup>			HR: 0,8 (0,51-1,26)		 MUY BAJA	CRÍTICA
<b>Desenlace4: Mortalidad CV dieta suplementada con aceite</b>												
1	ECA	Serío <sup>1</sup>	No seria <sup>2</sup>	Seria <sup>5</sup>	M	Ninguna <sup>4</sup>			HR 0,69 (0,41-1,16)		 MUY BAJA	CRÍTICA
<b>Desenlace4: Mortalidad CV dieta suplementada con aceite</b>												
1	ECA	Serío <sup>1</sup>	No seria <sup>2</sup>	Seria <sup>5</sup>	S	Ninguna <sup>4</sup>			HR 0,82 (0,64-1,07)		 MUY BAJA	CRÍTICA

<sup>1</sup> No triple ciego. Solo para el investigador. Mayor tasa de abandonos en el grupo control

<sup>2</sup> No procede

<sup>3</sup> Noinformación

<sup>4</sup> No procede

<sup>5</sup> Población con RCV>10% entre ellos hipertensos

<sup>6</sup> El IC supera el umbral de relevancia clínica

<sup>7</sup> El IC cruza ambos umbrales de relevancia clínica

## 1. Resumen de la evidencia.

### Dieta hipocalórica:

La RS Cochrane analizada en la tabla (6) estudia el efecto a largo plazo (más de 24 semanas) de las intervenciones dietéticas no farmacológicas para la disminución de peso (asesoramiento dietético o restricción calórica o reducción de la ingesta de grasas) frente a dieta habitual en los resultados primarios de morbilidad total, CV y efectos adversos así como en diferencias en cifras de PA y peso en pacientes hipertensos

Realiza búsqueda hasta noviembre del 2010. En total incluye 8 ECAs, uno más que una anterior RS del 2008 (8) que valoraba el efecto de la disminución de peso sobre las cifras de PA. Los ECAs son de baja calidad (no ciegos, inadecuada aleatorización, no OSA) e incluyen a 2100 pacientes hipertensos con un rango de seguimiento entre 6 y 36 meses. Tres de ellos incluidos en metaanálisis de NICE 2011

Sólo 3 estudios informan de cambios en las cifras de presión

PAS (DMP): -4.5 mm Hg (-7.2 to -1.8) I<sup>2</sup>= 21% Calidad muy baja

PAD (DMP): -3.2 mm Hg (-4.8 to -1.5) I<sup>2</sup> = 35% Calidad muy baja

Otros informan como dato indirecto la supresión de la medicación antihipertensiva, siendo ésta mayor en el grupo intervención.

5 estudios informan de cambios en peso (DMP): -4.0 kg (-4.8 a -3.2) I<sup>2</sup> = 34%

Finalmente ninguno aporta datos de mortalidad. Solo uno (TONE) aporta datos de una variable combinada (supresión de medicación antihipertensiva y eventos CV): HR: 0.70 (0.57 - 0.87)

### Otro tipo de dieta:

Recientemente se ha publicado un ECA (7) multicéntrico realizado en nuestro medio cuyo objetivo es valorar el beneficio de la dieta mediterránea en resultados de morbilidad cardiovascular en prevención primaria. El ensayo es aleatorizado con OSA y abierto tanto para pacientes como médicos aunque ciego para el investigador.

Incluye un total de 7447 personas con edad media de 67 años sin enfermedad cardiovascular pero con RCV basal moderado =11% (diabetes o al menos 3 FRCV: hipertensión (83%), tabaco, sobrepeso-obesidad, antecedentes familiares de ECV temprana). Seguimiento durante una media de 4,35 años

La dieta mediterránea suplementada con aceite de oliva (4 cucharadas/día) o con frutos secos (30g/semana) se compara con dieta baja en grasas. Se valora como resultado primario una variable compuesta (mortalidad CV, IAM o ACV). Los resultados secundarios son cada uno de los componentes de la variable principal.

Se valora adherencia a la dieta siendo mayor en los grupos intervención.

En la población incluida en el estudio el HR crudo así como el ajustado, resulta significativo tanto para la variable principal como para la variable ACVA en ambas ramas de la dieta mediterránea:

Variable principal:

Mediterránea suplementada con aceite (HR):0,7 (0,53-0,91)

Mediterránea suplementada con frutos secos (HR): 0,7 (0,53-0,94)

Mediterránea combinada en subgrupo de hipertensos (HR): 0.65 (0,50-0,84):Calidad moderada

ACVA:

Mediterránea suplementada con aceite (HR):0,67 (0,46-0,98) Calidad muy baja

Mediterránea suplementada con frutos secos (HR): 0,54 (0,35-0,94) Calidad muy baja

No resultados significativos para el resto de variables secundarias.

5. De la Evidencia a la Recomendación (tabla de EtR)

**Pregunta N° 18: ¿Cuáles son los beneficios de las medidas no farmacológicas de disminución de peso en el control del paciente hipertenso?**

*Población: Hipertensos*  
*Intervención: Dieta para disminución de peso*  
*Comparación: Dieta habitual*  
*Perspectiva: Sistema Sanitario*

Comparación: Medidas dietéticas para bajar peso vs Dieta habitual

Criterios		Juicio	Detalles del juicio		Evidencia disponible	Información adicional												
CALIDAD	¿Cuál es la calidad global de la evidencia?	Muy baja	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Desenlaces:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. TAS</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. TAD</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Desenlaces:				1. TAS				2. TAD				Los datos de Todos los estudios tienen grandes problemas metodológicos	
	Desenlaces:																	
1. TAS																		
2. TAD																		
BENEFICIOS Y RIESGOS	¿Cuál es el balance entre beneficios y riesgos/inconvenientes?	Los beneficios y riesgos/inconvenientes están equilibrados	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Desenlaces:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. TAS</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. TAD</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>B-I/M: Beneficio importante/Modesto;                      P-B: Poco beneficio;                      SE: Sin efecto;                      P-R: Pocos riesgos/ inconv;                      R-I/M: Riesgos/incon importantes/Modestos</p>		Desenlaces:				1. TAS				2. TAD				No datos en morbimortalidad excepto la variable combinada de un único estudio. El efecto en las cifras de presión arterial está por debajo de 5 mm	
	Desenlaces:																	
1. TAS																		
2. TAD																		

**Pregunta N° 18: ¿Cuáles son los beneficios de las medidas no farmacológicas de disminución de peso en el control del paciente hipertenso?**

**Población:** Hipertensos  
**Intervención:** Dieta para disminución de peso  
**Comparación:** Dieta habitual  
**Perspectiva:** Sistema Sanitario

Comparación: Medidas dietéticas para bajar peso vs Dieta habitual

<p><b>V A R I A B I L I D A D O P I N I Ó N D E P A C I E N T E S</b></p>	<p>¿Qué opinan los pacientes y cuál es nuestro grado de certidumbre al respecto?</p>	<p>Probablemente incertidumbre y variabilidad en la opinión sobre los desenlaces</p>	<p>Confianza alta en la estimación de la opinión sobre los desenlaces por los pacientes</p> <p>Opiniones probablemente similares</p>	<p>Parcialmente en desacuerdo</p> <p>Parcialmente en desacuerdo</p>		
<p><b>R E C U R S O S</b></p>	<p>¿El coste incremental (o la utilización de recursos) es pequeño en relación a los beneficios?</p>	<p>Los costes son altos en relación</p>	<p>Los costes de la intervención son bajos</p> <p>Los beneficios son importantes</p>	<p>Parcialmente en desacuerdo</p> <p>Parcialmente en desacuerdo</p>	<p>El tipo de intervención para conseguir disminución de peso es en general complejo . Hay datos que ilustran la enorme disparidad entre las expectativas de los pacientes y las</p>	<p>La consulta diaria refleja la escasa rentabilidad de los esfuerzos para conseguir disminuciones de peso duraderas en el tiempo.</p>

**Pregunta N° 18: ¿Cuáles son los beneficios de las medidas no farmacológicas de disminución de peso en el control del paciente hipertenso?**

**Población:** Hipertensos  
**Intervención:** Dieta para disminución de peso  
**Comparación:** Dieta habitual  
**Perspectiva:** Sistema Sanitario

Comparación: Medidas dietéticas para bajar peso vs Dieta habitual

		ción n a los ben efici os			recomendaciones profesionales y la necesidad de replantear objetivos de pérdida de peso más modestos (9)). Se han investigado intervenciones educativas de diversa intensidad y frecuencia (10), tanto presenciales como con recordatorios telefónicos (11) o telemáticos pero sigue sin estar clara el tipo de intervención más eficaz	
--	--	------------------------------------------	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Balance de las consecuencias:

El balance entre las consecuencias deseadas y no deseadas es incierto\*.

*\*En esta situación, se podría no realizar recomendaciones o se podría hacerlo en el contexto de investigación.*

Recomendación:

Se sugiere considerar la opción

Redacción de la recomendación:

## Guía de Práctica Clínica sobre Hipertensión Arterial. Pregunta N° 18-dieta

Se sugiere recomendar dieta destinada a disminuir peso en el paciente hipertenso con sobrepeso

**Razonamiento/Justificación de la recomendación:** Beneficio de magnitud leve-moderada en las cifras de PA. No datos en morbilidad. Gran inversión de esfuerzo en las consultas de AP. El tipo de intervención para conseguir disminución de peso es en general complejo. Se han investigado intervenciones educativas de diversa intensidad y frecuencia, tanto presenciales como con recordatorios telefónicos o telemáticos pero sigue sin estar clara el tipo de intervención más eficaz.

**Consideraciones para la implementación:** Costoso. Inversión de tiempo. Características de la intervención

**Factibilidad.**

**Evaluación y prioridades de investigación:** Efecto de la intervención en resultados en morbilidad. Investigar sobre el tipo de intervención a aplicar en primaria.

**Pregunta N° 18:**  
**¿Cuáles son los beneficios de la dieta mediterránea en el paciente hipertenso?**

*Población: Hipertensos*  
*Intervención: Dieta mediterránea*  
*Comparación: Dieta habitual*  
*Perspectiva: Sistema Sanitario*

Comparación:  
 Medidas dietéticas para bajar peso vs Dieta habitual

	Crterios	Juicio	Detalles del juicio	Evidencia disponible	Información adicional
<b>CALIDAD</b>	¿Cuál es la calidad global de la evidencia?	Muy baja  A: Alta, Mo: Moderada, B: Baja, MB: Muy Baja	<i>Desenlaces críticos</i> 1. Mortalidad CVo ACVA o IAM 2. ACVA 3 IAM	Datos del subgrupo de hipertensos sólo para la variable principal  Superan los iseño no ciego	

**Pregunta N° 18:**  
**¿Cuáles son los beneficios de la dieta mediterránea en el paciente hipertenso ?**

*Población: Hipertensos*  
*Intervención: Dieta mediterránea*  
*Comparación: Dieta habitual*  
*Perspectiva: Sistema Sanitario*

Comparación: Medidas dietéticas para bajar peso vs Dieta habitual

<p><b>BENEFICIOS Y RIESGOS</b></p>	<p>¿Cuál es el balance entre beneficios y riesgos/inconvenientes ?</p>	<p>Los beneficios superan los riesgos /inconvenientes</p>	<p><i>Desenlaces:</i></p> <p>1.Mortalidad Cv o IAM o ACVA</p> <p>2.ACVA</p> <p>B-I/M: Beneficio importante/Modesto;                  P-B: Poco beneficio;                  SE: Sin efecto;                  P-R: Pocos riesgos/ inconv;                  R-I/M: Riesgos/inconvenientes/importantes/Mo</p>		<p>La dieta mediterránea está muy extendida en nuestro medio . No se describen efectos adversos relevantes.</p>
------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Pregunta N° 18:**  
**¿Cuáles son los beneficios de la dieta mediterránea en el paciente hipertenso?**

*Población: Hipertensos*  
*Intervención: Dieta mediterránea*  
*Comparación: Dieta habitual*  
*Perspectiva: Sistema Sanitario*

Comparación:  
 Medidas dietéticas para bajar peso vs Dieta habitual

			destos		
<b>VARIABILIDAD DE OPINIÓN DE PACIENTES</b>	¿Qué opinan los pacientes y cuál es nuestro grado de certidumbre al respecto?	Probable incertidumbre y variabilidad en la opinión sobre los desenlaces	Confianza alta en la estimación de la opinión sobre los desenlaces por los pacientes  Opiniones probablemente similares	De acuerdo  De acuerdo	

**Pregunta N° 18:**  
**¿Cuáles son los beneficios de la dieta mediterránea en el paciente hipertenso?**

*Población: Hipertensos*  
*Intervención: Dieta mediterránea*  
*Comparación: Dieta habitual*  
*Perspectiva: Sistema Sanitario*

Comparación: Medidas dietéticas para bajar peso vs Dieta habitual

<p><b>RECURSOS</b></p>	<p>¿El coste incremental (o la utilización de recursos) es pequeño en relación a los beneficios?</p>	<p>Los costes son altos en relación a los beneficios</p>	<p>Los costes de la intervención son bajos</p> <p>Los beneficios son importantes</p>	<p>Parcialmente de acuerdo</p> <p>De acuerdo</p>		<p>A valorar el coste de utilizar aceite de oliva en lugar de otros aceites vegetales en familias con bajos recursos. La creciente introducción de hábitos relacionados con la comida rápida puede interferir con la recomendación</p>
------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Pregunta  
N° 18:  
¿Cuáles  
son los  
beneficios  
de la dieta  
mediterrán  
ea en el  
paciente  
hipertenso  
?**

***Población: Hipertensos  
Intervención: Dieta mediterránea  
Comparación: Dieta habitual  
Perspectiva: Sistema Sanitario***

Comparación:  
Medidas dietéticas para bajar peso vs Dieta habitual

---

Balance de las consecuencias:

Las consecuencias deseadas claramente superan las consecuencias no deseadas

---

Recomendación:

Se recomienda la opción

---

**Pregunta  
N° 18:  
¿Cuáles  
son los  
beneficios  
de la dieta  
mediterrán  
ea en el  
paciente  
hipertenso  
?**

***Población: Hipertensos  
Intervención: Dieta mediterránea  
Comparación: Dieta habitual  
Perspectiva: Sistema Sanitario***

Comparación:  
Medidas dietéticas para bajar peso vs Dieta habitual

Redacción de la recomendación:

Se recomienda ofrecer dieta mediterránea suplementada con aceite de oliva y/o frutos secos al paciente hipertenso

Razonamiento/Justificación de la recomendación: Beneficios en resultados de morbilidad y mortalidad. No descritos efectos adversos importantes. A valorar el coste en la economía familiar

Consideraciones para la implementación: La dieta mediterránea goza de una gran aceptación por parte de la población. La creciente introducción de hábitos relacionados con la comida rápida puede interferir con la

**Pregunta  
N° 18:  
¿Cuáles  
son los  
beneficios  
de la dieta  
mediterránea en el  
paciente  
hipertenso  
?**

***Población: Hipertensos  
Intervención: Dieta mediterránea  
Comparación: Dieta habitual  
Perspectiva: Sistema Sanitario***

Comparación:  
Medidas dietéticas para bajar peso vs Dieta habitual

---

recomendación .

A valorar el coste de utilizar aceite de oliva en lugar de otros aceites vegetales en familias con bajos recursos

---

Factibilidad: . Factible en nuestro medio

---

Evaluación y prioridades de investigación: Ampliar la investigación del potencial efecto beneficioso de la dieta mediterránea en grupos específicos de población

---

### Anexo I. Estrategia de Búsqueda.

Bases de datos	Estrategia de búsqueda	Fechas
<b>Medline (Ovid)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hypertension/</li> <li>2. Weight reduction.mp. or Weight Loss/</li> <li>3. Diet/ or Diet Therapy/</li> <li>4. 1 and 2 and 3</li> <li>5. limit 4 to yr="2007 - 2013"</li> <li>6. limit 5 to "therapy (maximizes specificity)"</li> </ol>	2007-2013
<b>Embase (Ovid)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hypertension/</li> <li>2. Weight reduction.mp. or Weight Loss/</li> <li>3. Diet/ or Diet Therapy/</li> <li>4. 1 and 2 and 3</li> <li>5. limit 4 to yr="2007 - 2013"</li> <li>6. limit 5 to "therapy (maximizes specificity)"</li> </ol>	2007-2013
<b>Cochrane (Willey)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. weight reducing intervention.ab,kw,ti.</li> <li>2. weight reduction.ab,kw,ti.</li> <li>3. diet\$.ab,kw,ti.</li> <li>4. food\$.ab,kw,ti.</li> <li>5. 3 or 4</li> <li>6. 2 and 5</li> <li>7. hypertension.ab,kw,ti.</li> <li>8. 6 and 7</li> <li>9. weight reduc\$.ab,kw,ti.</li> <li>10. 5 and 9</li> </ol>	2007-2013

## Anexo II. Evaluación: Evidence Updates.

Referencia en la Actualización	<a href="#">Identificada en Evidence Updates</a>
Siebenhofer A	Sí
Estruch R	Sí

## Anexo III. Forest Plot.

No aplicable.

## Anexo IV. Costes.

No aplicable.

## Anexo V. Bibliografía.

1. Aucott L, Poobalan A, Smith WC, Avenell A, Jung R, Broom J. Effects of weight loss in overweight/obese individuals and long-term hypertension outcomes: a systematic review. *Hypertension*. 2005;45(6):1035-41.
2. Neter JE, Stam BE, Kok FJ, Grobbee DE, Geleijnse JM. Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*. 2003;42(5):878-84.
3. 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. *The New England Journal of Medicine*. 2001;344(1):3-10.
4. Daskalopoulou SS, Khan NA, Quinn RR, Ruzicka M, McKay DW, Hackam DG, et al. The 2012 Canadian hypertension education program recommendations for the management of hypertension: blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, and therapy. *The Canadian journal of cardiology*. 2012 May;28(3):270-87. PubMed PMID: 22595447. Epub 2012/05/19. eng.
5. Excellence NifHaC. *Hypertension.Clinical management of primary hypertension in adults*. Disponible en <http://publicationsniceorguk/hypertension-cg127> [Acceso septiembre 2012]. 2011.
6. Siebenhofer A, Jeitler K, Berghold A, Waltering A, Hemkens LG, Semlitsch T, et al. Long-term effects of weight-reducing diets in hypertensive patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 (9):Cd008274. PubMed PMID: 21901719. Epub 2011/09/09. eng.
7. Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, Covas MI, Corella D, Aros F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*. 2013 Apr 4;368(14):1279-90. PubMed PMID: 23432189. Epub 2013/02/26. eng.
8. Horvath K, Jeitler K, Siering U, Stich AK, Skipka G, Gratzner TW, et al. Long-term effects of weight-reducing interventions in hypertensive patients. *Arch Intern Med*. 2008 Mar 24;168(6):571-80. PubMed PMID: 18362248. Epub 2008/03/26. eng.
9. Wadden TA, Frey DL. A multicenter evaluation of a proprietary weight loss program for the treatment of marked obesity: a five-year follow-up. *Int J Eat Disord*. 1997 Sep;22(2):203-12. PubMed PMID: 9261660. Epub 1997/09/01. eng.

## Guía de Práctica Clínica sobre Hipertensión Arterial. Pregunta N° 18-dieta

10. Wadden TA, Neiberg RH, Wing RR, Clark JM, Delahanty LM, Hill JO, et al. Four-year weight losses in the Look AHEAD study: factors associated with long-term success. *Obesity (Silver Spring)*. 2011 Oct;19(10):1987-98. PubMed PMID: 21779086. Pubmed Central PMCID: Pmc3183129. Epub 2011/07/23. eng.
11. Appel LJ, Clark JM, Yeh HC, Wang NY, Coughlin JW, Daumit G, et al. Comparative effectiveness of weight-loss interventions in clinical practice. *N Engl J Med*. 2011 Nov 24;365(21):1959-68. PubMed PMID: 22085317. Epub 2011/11/17. eng.