

PREGUNTA CLÍNICA Nº 18 DIETA

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

Fecha de actualización: Agosto 2014

RESUMEN

1. Introducción.

La GPC a actualizar recomienda dar consejo para disminuir peso a los pacientes con HTA esencial, incluidos los que toman medicación antihipertensiva (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).

2. Resumen respuesta en GPCs base.

La guía canadiense(4) 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.

La guía NICE(5) recomienda dieta cardiosaludable sin especificar objetivos de pérdida de peso.

3. Resumen de la evidencia.

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

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).

Los resultados en cifras de PA, proporcionado por 3 ECAs:

PAS (DMP): -4.5 mm Hg (-7.2 a -1.8). *Evidencia de calidad muy baja.*

PAD (DMP): -3.2 mm Hg (-4.8 a -1.5). *Evidencia de calidad muy baja.*

Aun cuando se observan resultados favorables a la intervención tanto en cifras de PA como de peso, la calidad de la evidencia es muy baja y el hecho de que sólo fue posible incluir una parte de los estudios en los análisis debilita el carácter definitivo de estos resultados.

Por otra parte, recientemente se ha publicado un ECA (7) multicéntrico realizado en España y cuyo objetivo es valorar el beneficio de la dieta mediterránea (suplementada con frutos secos o aceite de oliva) en resultados de morbimortalidad cardiovascular en prevención primaria. (RCV basal moderado =11% y donde el 82 % de los pacientes incluidos son hipertensos).

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.

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. No resultados significativos para el resto de variables secundarias.

El análisis de subgrupos predefinido en el estudio corrobora el beneficio para la variable principal en el grupo de hipertensos (HR para la dieta combinada (HR): 0.65 (0,50-0,84). *Evidencia de calidad moderada.*

4. De la Evidencia a la Recomendación.

Balance beneficios y riesgos, opinión de los pacientes, recursos, balance de las consecuencias:

La dieta mediterránea muestra beneficios en morbimortalidad. No se describen efectos adversos de relevancia

La dieta hipocalórica muestra beneficio en la disminución de las cifras de PA pero se desconoce su efecto en la morbimortalidad. Requiere una gran inversión de esfuerzo en las consultas de AP para llevarlo a la práctica

El tipo de intervención para conseguir disminución de peso es en general complejo y difícil de mantener a largo plazo. Se han investigado intervenciones educativas de diversa intensidad y frecuencia (8) , tanto presenciales como con recordatorios telefónicos (9) o telemáticos pero sigue sin estar clara el tipo de intervención más eficaz

La dieta mediterránea por el contrario está muy extendida en nuestro medio. Hay que tener en cuenta el coste asociado a utilizar aceite de oliva en lugar de otros aceites vegetales en familias con bajos recursos.

Razonamiento justificación de la recomendación:

La dieta mediterránea presenta resultados beneficiosos en morbimortalidad en estudios realizados en nuestro medio y está muy extendida en nuestro entorno. Respecto a la dieta hipocalórica presenta un modesto beneficio en cifras de PA y la consulta diaria refleja la escasa rentabilidad de los esfuerzos para conseguir disminuciones de peso duraderos en el tiempo.

Recomendación:

Se recomienda la dieta mediterránea que incluya aceite de oliva y/o frutos secos en las personas hipertensas
Se sugiere el seguimiento de una dieta hipocalórica en el paciente hipertenso con sobrepeso.

Consideraciones para la implementación:

Aunque 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 recomendación.

La adhesión a la dieta hipocalórica requiere gran inversión de esfuerzo.

Factibilidad:

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

Evaluación y prioridades para la investigación:

Valorar el efecto de la dieta hipocalórica en resultados en morbimortalidad.

Valorar efectividad de diferentes estrategias de intervenciones tanto individuales como grupales y/o comunitarias para promover cambios dietéticos.

Ampliar la investigación del potencial efecto beneficioso de la dieta mediterránea en grupos específicos de población

5. 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;28(3):270-87.
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.
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;368(14):1279-90.

8. 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;19(10):1987-98.

9. 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;365(21):1959-68.