

## INFORME TÉCNICO

### 1. Mensaje sobre alimentación y nutrición

Los mensajes evaluados críticamente son de cuatro tipos: noticias de prensa, anuncios publicitarios, preguntas del público y mitos sobre alimentación y nutrición.

#### Para adelgazar, ¿es mejor tomar aceite de oliva que otros aceites?

Tipo de mensaje: pregunta del público.

### 2. Pregunta clínica estructurada (PICO)

La correcta formulación de una pregunta es fundamental para poder buscar respuestas en la bibliografía científica. Los mitos, las preguntas del público y los mensajes de noticias y anuncios se reformulan como preguntas clínicas estructuradas PICO, que tienen en cuenta, siempre que procede, estas cuatro características: el paciente o problema de interés (P), la intervención médica que se estudia (I), la comparación con otras intervenciones (C) y el efecto o desenlace que se estudia (*outcome*) (O).

En población general, ¿el consumo moderado de aceite de oliva, en comparación con el de otros aceites, reduce el peso?

### 3. Identificación y selección de la evidencia científica

La respuesta a cada pregunta se busca en los estudios disponibles en las bases de datos bibliográficas, considerando en primer lugar las guías de práctica clínica o GPC (primero se busca en PubMed y, en caso de no encontrar ninguna GPC relevante, se busca después en Guidelines International Network y en otras fuentes: expertos, sociedades científicas, etc.); en segundo lugar, las revisiones sistemáticas (RS), y finalmente los estudios primarios (sólo en caso de no identificar GPC ni RS).

Fecha de búsqueda: 14/02/2019.

#### 3.1. Guías de práctica clínica

##### 3.1.1. PubMed

Se identificó una guía alimentaria con recomendaciones sobre el consumo de aceite de oliva.

- Dietary guidelines for the Spanish population (SENC, December 2016); the new graphic icon of healthy nutrition. Grupo Colaborativo de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC), Aranceta Bartrina J, Arija Val V, Maíz Aldalur E, Martínez de la Victoria Muñoz E, Ortega Anta RM, Pérez-Rodrigo C, Quiles Izquierdo J, Rodríguez Martín A, Román Viñas B, Salvador Castell G, Tur Marí JA, Varela Moreiras G, Serra Majem L. Nutr Hosp. 2016 Dec 7;33(Suppl 8):1-48. doi: 10.20960/nh.827. Spanish.

##### 3.1.2. Guidelines International Network

Ninguna identificada.

### 3.1.3. Otras fuentes

Ninguna identificada.

## 3.2. Revisiones sistemáticas

### 3.2.1. PubMed

Se identifica y selecciona una revisión sistemática, por ser la de más reciente publicación, calidad metodológica y variables analizadas:

- Zamora Zamora F, Martínez Galiano JM, Gaforio Martínez JJ, Delgado Rodríguez M. [Olive Oil and Body Weight. Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials]. Rev Esp Salud Publica. 2018 Nov 21;92.

### 3.2.2. Cochrane Database of Systematic Reviews

Ninguna identificada.

## 3.3. Otros estudios y documentos

- Diario Oficial de la Unión Europea. Reglamento de Ejecución (UE) No 29/2012 de la Comisión de 13 de enero de 2012 sobre las normas de comercialización del aceite de oliva. Fecha de consulta [14.02.2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2012/012/L00014-00021.pdf>.
- NHS Choices. Fat: the facts [01.05.2017]. Fecha de consulta [14.02.2019]. Disponible en: <https://www.nhs.uk/live-well/eat-well/different-fats-nutrition/>
- EFSA Panel on Dietetic Products. Nutrition and allergies (NDA). Scientific opinion on the substantiation of health claims related to polyphenols in olive oil and protection of LDL particles from oxidative damage. EFSA Journal. 2011; 9: 2033. Fecha de consulta [17.02.2019]. Disponible en: <https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.2903/j.efsa.2011.2033>
- Organización Mundial de la Salud. Alimentación sana, nota descriptiva [31.08.2018]. Fecha de consulta [18.02.2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>.

## 4. Síntesis crítica de la evidencia científica

La calidad de la evidencia científica, también llamada confianza o certidumbre, indica el grado de certeza que tienen los resultados de los estudios científicos disponibles. Se clasifica en cuatro categorías: alta (implica que por más estudios que se hagan los resultados variarán muy poco, de modo que las conclusiones actuales se aproximan bastante a la realidad), moderada (es probable que nuevos estudios modifiquen los resultados actuales), baja (los resultados actuales pueden ser muy distintos de la realidad) y muy baja (es muy probable los resultados actuales sean muy diferentes cuando se hagan estudios adicionales). En este apartado, de cada tipo de documento seleccionado (GPC, RS o estudios primarios) se describen los aspectos clave de los estudios incluidos

(objetivos, métodos, resultados principales). Así mismo, se evalúa la calidad de la evidencia científica disponible mediante el sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) y la plataforma GDT (*Guideline Development Tool*). Finalmente, si se considera necesario, se incluye una tabla de resumen interactiva (*Summary of findings table*), que incluye los resultados por cada desenlace, así como la calidad de la evidencia. Para su elaboración se utiliza la aplicación en línea isof.epistemonikos.org.

## Introducción

La dieta mediterránea ha sido vinculada a los pueblos ubicados geográficamente en la proximidad del Mediterráneo y se caracteriza por un alto consumo de frutas, verduras, hortalizas, legumbres, frutos secos, cereales y aceite de oliva; un consumo moderado de pescado, lácteos y vino, y un consumo bajo de carnes –especialmente carnes rojas y procesadas– y alimentos procesados.<sup>1</sup> Esta dieta ha sido objeto de gran interés, pues en diversos metaanálisis de estudios observacionales y de ensayos clínicos ha sido asociada con una mejora del síndrome metabólico, una reducción del riesgo cardiovascular y de cáncer, y de la mortalidad por todas las causas.<sup>2</sup> No obstante, algunos de los estudios presentan sesgos y limitaciones metodológicas.<sup>2</sup>

Aproximadamente, un 37% de la energía en la dieta mediterránea proviene de las grasas, y a su vez la principal fuente de grasa es aportada por el aceite de oliva, alimento característico de esta dieta.<sup>3</sup> El aceite de oliva tiene un alto contenido de ácidos grasos monoinsaturados (MUFA), principalmente ácido oleico (55-83%), pero también una proporción de poliinsaturados (PUFA; 4-20%) y de otros componentes, entre ellos tocoferoles, polifenoles y fitoesteroles, que en conjunto representan 1-2%.<sup>4</sup> Los polifenoles y los ácidos grasos insaturados del aceite de oliva han sido asociados a beneficios como el aumento del colesterol HDL, de la función endotelial y de la reducción de los niveles sanguíneos de glucosa en ayunas.<sup>5-7</sup>

El Reglamento Europeo considera cuatro definiciones para los tipos de aceite de oliva. Para efectos de este informe, es importante mencionar dos de ellas. Por un lado, el aceite de oliva se define como “aceite que contiene exclusivamente aceites de oliva que se hayan sometido a un tratamiento de refinado y de aceites obtenidos directamente de aceitunas” y por otro, el aceite de oliva virgen extra como “aceite de oliva de categoría superior obtenido directamente de aceitunas y solo mediante procedimientos mecánicos”.<sup>8</sup> El aceite de oliva virgen extra contiene una cantidad de polifenoles cuatro veces superior respecto al aceite de oliva refinado (232 vs 62 mg/kg).<sup>9-10</sup>

### Efectos del aceite de oliva en el peso corporal

El objetivo de la revisión sistemática de Zamora et al. (2018) fue determinar la eficacia del aceite de oliva en la reducción ponderal.<sup>11</sup> Los autores realizaron una búsqueda en las bases de datos PubMed, Embase, Cochrane plus, Web of Science, Ovid, Scopus, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Tesis Doctorales en Red (TDR) hasta diciembre de 2016, sin restricción del idioma.

Los criterios de inclusión establecidos en esta revisión fueron: 1) población de 18 años y más; 2) sin eventos cardiovasculares previos; 3) grupo intervención: dieta enriquecida con aceite de oliva durante al menos 12 semanas; 4) grupo control: dieta enriquecida con otra grasa; 5) efectos analizados: peso, índice de masa corporal (IMC) o perímetro abdominal, y 6) diseño de estudios: ECA.

Once ensayos clínicos aleatorizados (ECA) fueron incluidos. Los estudios fueron realizados en su mayoría en población con factores de riesgo cardiovascular, como diabetes, consumo de tabaco, hipertensión arterial (TA > 140/90 mm Hg), LDL elevado ( $\geq 4,14$  mmol/L), HDL bajo ( $< 1,04$  mmol/L en hombres y  $< 1,30$  mmol/L en mujeres), sobrepeso u obesidad (IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) o historia familiar de enfermedad coronaria prematura. Estos estudios incluyeron un total de 5.607 participantes, de los cuales 2.845 ingirieron aceite de oliva. El período de seguimiento fue de 12 semanas a 4,8 años. En los grupos de intervención, el aceite de oliva se administró en cápsulas de 1-6 g/día, y en forma líquida, entre 20 g y 53 g, como aceite de oliva virgen extra o aceite de oliva. A los grupos controles se les administraron dietas enriquecidas con aceite de palma (25 ml/día), aceite de maíz, aceite de soja y mantequilla más dieta americana ( $41 \pm 8$  g/día), aceite de canola (20 g/día), dieta hipocalórica más pescado y ácidos grasos de cadena larga n-3, aceite de triglicéridos de cadena media más dieta hipocalórica (18-24 g/día), ácido linoleico conjugado (3-4,5 g/día), dieta baja en grasa, y dieta alta en carbohidratos. Respecto a la evaluación del riesgo de sesgo de los estudios, se utilizó la herramienta de Cochrane<sup>12</sup> y, para cada uno de los dominios que evalúa esta herramienta, los estudios fueron clasificados como de bajo riesgo o incierto, y ninguno de alto riesgo. En esta línea, los autores reconocen como limitación que en el estudio de Estruch et al. (2016), que aportó un 89,0% del tamaño muestral, el grupo control pudo haber tomado aceite de oliva.<sup>13</sup>

Se observó, mediante análisis por modelo de efectos fijos, que las personas que consumieron aceite de oliva respecto de las personas con dieta control presentaron una mayor reducción significativa del peso (diferencia de medias de -0,92 kg, intervalo de confianza 95 % (IC95%) de -1,16 a -0,67), con una heterogeneidad moderada ( $I^2= 39,6 \%$ ,  $p$  heterogeneidad = 0,1). En el modelo de efectos aleatorios se observó un efecto muy similar (-0,87 kg, IC 95% de 1,53 a -0,21). En el análisis por subgrupos, el aceite de oliva líquido redujo el peso (-0,95 kg, IC 95% de -1,20 a -0,70), con una heterogeneidad baja ( $I^2=43,5\%$ ,  $p$  heterogeneidad = 0,13), mientras que no hubo reducción significativa cuando el aceite de oliva se ingirió en cápsulas. En cuanto al perímetro abdominal, en los grupos que tomaron aceite de oliva se observó una reducción mayor (-0,6 cm, IC 95% de -1,17 a -0,04,  $p= 0,03$ ), sin heterogeneidad ( $I^2= 0\%$ ,  $p$  heterogeneidad = 0,61). Esta reducción se mantuvo, en el análisis por subgrupos, para el aceite en forma líquida (-0,62 cm, IC 95% de -1,18 a -0,05) pero no así para los suplementos en cápsulas (0,15 cm, IC 95% de -4,11 a 4,41). En el caso del efecto en el IMC, se observó una reducción significativa en las personas que ingirieron aceite de oliva respecto a los controles (-0,90 kg/m<sup>2</sup>; IC 95%: -0,91 a -0,88), con una heterogeneidad muy significativa ( $I^2= 96,9\%$ ,  $p < 0,001$ ). Nuevamente esta asociación se mantuvo solo para el subgrupo de aceite de oliva en forma líquida (-0,90 kg/m<sup>2</sup>; IC 95% de -0,92 a -0,89) y no así para los suplementos en cápsulas controles (0,04 kg/m<sup>2</sup>; IC 95%: -0,18 a 0,25).

Se realizó un análisis de metarregresión para determinar si las diferentes dosis de aceite de oliva justificaban la heterogeneidad observada para el efecto en el IMC, pero no se encontró ninguna asociación relevante (datos no mostrados en el artículo). También se realizó un análisis de sensibilidad mediante la eliminación de cada uno de los estudios para los diferentes efectos de peso, cintura e IMC y se observaron resultados similares a los descritos, salvo en el efecto del IMC, donde desapareció la reducción significativa al eliminar el estudio de Estruch et al. del 2006. El sesgo de publicación fue valorado mediante la prueba de Egger, encontrándose valores no significativos para el peso y el perímetro abdominal ( $p$  de 0,276 y 0,249 respectivamente), y un valor significativo para el IMC ( $p = 0,01$ ). Limitaciones expresadas por los autores de esta revisión respecto de los estudios incluidos: 1) la mayoría de los estudios tuvo un seguimiento menor a un año; 2) la ocultación de la asignación o el cegamiento de participantes e investigadores no estuvo claramente definida, y 3) solo en 5 de los 11 estudios se expuso a una dieta con aceite de oliva virgen extra, asumiendo que los

aceites refinados podrían no tener todas las propiedades del aceite virgen extra y por tanto sus efectos podrían ser diferentes.

**La confianza en estos resultados es moderada para los efectos en el peso** porque si bien se trata de ensayos clínicos aleatorizados, existe un riesgo incierto de sesgo, principalmente en los dominios de sesgo de selección (ocultación de la secuencia de asignación), sesgo de realización (cegamiento de los participantes y el personal del estudio) y sesgo de detección (cegamiento de los evaluadores a los resultados) y otros sesgos (limitaciones de los estudios incluidos). **La confianza es baja para los efectos en el perímetro abdominal** porque se añade como limitación la imprecisión en los resultados. **La confianza es muy baja para los efectos en el IMC** debido así mismo a la inconsistencia y la imprecisión en los resultados (ver tabla resumen de los hallazgos en Anexo 1).

#### **Recomendaciones de organizaciones nacionales e internacionales**

La web NHS Choices Eat Well, que presenta las recomendaciones de la Asociación de Dietistas del Reino Unido (British Dietetic Association), recomienda el consumo de grasas monoinsaturadas por su efecto cardioprotector al mantener niveles adecuados de HDL y de reducir el LDL y menciona al aceite de oliva como una de las fuentes de grasas monoinsaturadas. En esta misma línea, la Organización Mundial de la Salud recomienda que menos del 30% de la ingesta calórica proceda de las grasas y que son preferibles las no saturadas siendo el aceite de oliva una de sus posibles fuentes.<sup>14</sup>

La Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (*EFSA* por sus siglas en inglés) apoya el consumo de oliva en cantidades moderadas en el contexto de una dieta balanceada específicamente por sus efectos antioxidantes en el metabolismo del colesterol LDL y efectos antiinflamatorios en enfermedades como la osteoartritis y la artritis reumatoide. Asimismo, declara que no existe evidencia suficiente respecto de los efectos del consumo de aceite de oliva sobre los niveles de HDL y sobre la tensión arterial.<sup>15</sup>

La Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) desarrolló una guía alimentaria para la población española en 1994 que fue actualizada en 2016. Dentro de las recomendaciones que entrega esta guía, se encuentran las siguientes respecto al aceite de oliva: se recomienda el consumo diario de aceite de oliva virgen extra crudo, como principal fuente de grasa

añadida, tanto en preparaciones procesadas como sin procesar, así como utilizar la extracción en frío de aceite de oliva virgen extra de cualquiera de las muchas variedades de aceitunas.<sup>16</sup>

## 5. Conclusión

El mensaje: “Para adelgazar, es mejor tomar aceite de oliva que otros aceites” es:

Cierto

Probablemente cierto

Posiblemente cierto

Posiblemente falso

Probablemente falso

Falso

Incierto / Dudoso

## 6. Justificación

Para justificar la conclusión sobre el mensaje analizado, se valora la calidad global de la evidencia, es decir, después de realizar la valoración de la calidad de la evidencia para cada desenlace individual, se realiza una valoración conjunta de la misma. Esta valoración global expresa la confianza general que tenemos en los efectos o desenlaces de interés y corresponde al menor nivel de confianza de los desenlaces clave. Por ejemplo, si para responder una pregunta tenemos tres desenlaces clave, dos de ellos con una calidad alta y otro de con calidad moderada, la calidad global de la evidencia será valorada como moderada. Además de valorar la confianza de los resultados, también se considera el balance entre beneficios y riesgos. En este contexto, se consideran las diferencias que hay entre los beneficios (p.ej., disminución de mortalidad) y los riesgos (p.ej., efectos adversos), es más probable responder como “falso” o “cierto”; si la diferencia es pequeña, es más probable responder como “probablemente falso” o “probablemente cierto”, y en el caso de no tener un balance ajustado entre beneficios y riesgos, y/o no hay estudios, es más probable responder como “incierto”.

El mensaje “Para adelgazar, es mejor tomar aceite de oliva que otros aceites” es probablemente cierto.

La evidencia analizada muestra que el consumo de aceite de oliva, en comparación al de otros aceites o grasas, se asocia con una reducción del peso. La confianza en estos resultados es moderada, pues a pesar de tratarse de ensayos clínicos aleatorizados, se baja la confianza por los riesgos de sesgo de los estudios incluidos. Por lo tanto, es probable que el consumo de aceite de oliva, en comparación con el consumo de otros tipos de aceites o grasas, reduzca el peso. No obstante, el efecto observado en los estudios incluidos es pequeño y se desconoce si este efecto se mantiene en el tiempo, pues, a excepción de un estudio, la mayoría de los ensayos incluidos en la revisión realizaron un seguimiento menor a un año.

Asimismo, en el caso de los efectos del aceite de oliva, en comparación con otros aceites o grasas, en el perímetro abdominal, la calidad de la evidencia es baja debido a los riesgos de sesgo de los estudios incluidos y la imprecisión en los resultados. Por lo tanto, el consumo de aceite de oliva, en comparación con el consumo de otros aceites o grasas, podría reducir el perímetro de cintura. En el caso de los efectos en el IMC, la confianza es muy baja al existir riesgo de sesgo de los estudios incluidos, inconsistencia y imprecisión en los resultados. Por lo tanto, es incierto o dudoso que el consumo de aceite de oliva, en comparación con el consumo de otros tipos de aceites o grasas, pueda reducir el IMC.

Por su parte organizaciones internacionales y nacionales claves coinciden en que el consumo de aceite de oliva es una de las fuentes de grasas no saturadas y que su consumo, en cantidades moderadas, se considera en la definición de una alimentación saludable.

## Referencias

1. Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *N Engl J Med*. 2003 Jun 26;348(26):2599-608.
2. Sammer Al-Ghamdi. The association between olive oil consumption and primary prevention of cardiovascular diseases. *J Family Med Prim Care*. 2018; 7(5):859-864.
3. Davis C, Bryan J, Hodgson J, Murphy K. Definition of the Mediterranean Diet; a Literature Review. *Nutrients*. 2015 Nov 5;7(11):9139-53.
4. Covas MI, de la Torre R, Fitó M. Virgin olive oil: a key food for cardiovascular risk protection. *Br J Nutr*. 2015 Apr;113 Suppl 2:S19-28.
5. Qian F, Korat AA, Malik V, Hu FB. Metabolic effects of monounsaturated fatty acid-enriched diets compared with carbohydrate or polyunsaturated fatty acid-enriched diets in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2016; 39: 1448-1457.
6. Servili M, Sordini B, Esposto S, Urbani S, Veneziani G, Di Maio I et al. Biological activities of phenolic compounds of extra virgin olive oil. *Antioxidants* 2013; 3: 1-23.
7. Tsartsou E, Proutsos N, Castanas E, Kampa M. Network Meta-Analysis of Metabolic Effects of Olive-Oil in Humans Shows the Importance of Olive Oil Consumption With Moderate Polyphenol Levels as Part of the Mediterranean Diet. *Front Nutr*. 2019 Feb 12;6:6.
8. Diario Oficial de la Unión Europea. Reglamento de Ejecución (UE) No 29/2012 de la Comisión de 13 de enero de 2012 sobre las normas de comercialización del aceite de oliva. Fecha de consulta [14.02.2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2012/012/L00014-00021.pdf>



9. Owen RW, Mier W, Giacosa A, Hull WE, Spiegelhalder B, Bartsch H. Phenolic compounds and squalene in olive oils: the concentration and antioxidant potential of total phenols, simple phenols, secoiridoids, lignans and squalene. *Food Chem Toxicol* 2000; 38: 647–659.
10. Schwingshackl L, Lampousi AM, Portillo MP, Romaguera D, Hoffmann G, Boeing H. Olive oil in the prevention and management of type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of cohort studies and intervention trials. *Nutr Diabetes*. 2017 Apr 10;7(4):e262.
11. Zamora Zamora F, Martínez Galiano JM, Gaforio Martínez JJ, Delgado Rodríguez M. [Olive Oil and Body Weight. Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials]. *Rev Esp Salud Publica*. 2018 Nov 21;92.
12. Centro Cochrane Iberoamericano, traductores. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0 [actualizada en marzo de 2011] [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2012. Disponible en: [https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/manual\\_cochrane\\_5\\_10\\_web.pdf](https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/manual_cochrane_5_10_web.pdf)
13. Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J, Fitó M, Chiva-Blanch G, et al; PREDIMED Study Investigators. Effect of a high-fat Mediterranean diet on bodyweight and waist circumference: a prespecified secondary outcomes analysis of the PREDIMED randomised controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2016; 4 (8): 666-76.
14. NHS Choices. Fat: the facts [01.05.2017]. Fecha de consulta [14.02.2019]. Disponible en: <https://www.nhs.uk/live-well/eat-well/different-fats-nutrition/>
15. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and allergies (NDA). Scientific opinion on the substantiation of health claims related to polyphenols in olive oil and protection of LDL particles from oxidative damage. *EFSA Journal*. 2011; 9: 2033. Fecha de consulta [17.02.2019]. Disponible en: <https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.2903/j.efsa.2011.2033>
16. Dietary guidelines for the Spanish population (SENC, December 2016); the new graphic icon of healthy nutrition. Grupo Colaborativo de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC, Aranceta Bartrina J, Arijá Val V, Maíz Aldalur E, Martínez de la Victoria Muñoz E, Ortega Anta RM, Pérez-Rodrigo C, Quiles Izquierdo J, Rodríguez Martín A, Román Viñas B, Salvador Castell G, Tur Marí JA, Varela Moreiras G, Serra Majem L. *Nutr Hosp*. 2016 Dec 7;33(Suppl 8):1-48.

#### **Autor**

Darío López Gallegos (Metodología, Qualitat i Avaluació Assistencial, Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent, Departament de Salut | Generalitat de Catalunya).

#### **Revisores**

Montserrat Rabassa (Centro Cochrane Iberoamérica), Eduard Baladia (Academia Española de Nutrición y Dietética), Pablo Alonso Coello (Centro Cochrane Iberoamérica) y Gonzalo Casino (Universidad Pompeu Fabra).

Fecha: 18/03/2019.

## ANEXO 1. Tabla de resumen de los hallazgos

Autor(es): Darío López Gallegos

Fecha: 19/02/2019

Pregunta: En población general, ¿consumir aceite de oliva es más saludable que otros aceites?

Bibliografía:

Zamora Zamora F, Martínez Galiano JM, Gaforio Martínez JJ, Delgado Rodríguez M. [Olive Oil and Body Weight. Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials]. Rev Esp Salud Publica. 2018 Nov 21; 92.

Certeza							Número de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Con aceite de oliva	Sin aceite de oliva	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)*		
Pérdida de peso. Seguimiento mínimo de 12 semanas, máximo de 4,8 años.												
9	Ensayos clínicos aleatorizados	Serio <sup>a</sup>	No es serio <sup>b</sup>	No es seria	No es seria	ninguna	2.763/5.607	2.688/5.607	-	DM -0,87 kg menos (-1,53 menos a -0,21 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADA	CRÍTICA
Disminución del perímetro de cintura. Seguimiento mínimo de 12 semanas, máximo de 4,8 años.												
6	Ensayos clínicos aleatorizados	Serio <sup>a</sup>	No es serio <sup>c</sup>	No es seria	Seria <sup>d</sup>	ninguna	2.681/5.283	2.602/5.283	-	DM -0,60 cm menos (-1.17 menos a -0,04 más)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICA
Disminución del IMC. Seguimiento mínimo de 12 semanas, máximo de 1 año.												
8	Ensayos clínicos aleatorizados	Serio <sup>a</sup>	Seria <sup>e</sup>	No es seria	Seria <sup>d</sup>	ninguna	485/973	488/973	-	DM -0,26 kg/m <sup>2</sup> Menos (-0,69 menos a -0,17 más)	⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICA

CI: Intervalo de confianza; DM: diferencia de medias

\* Resultados del modelo de efectos aleatorios

### Explicaciones

- Riesgo incierto de sesgo en todos los estudios incluidos, principalmente en ocultación de la secuencia de asignación, cegamiento de los participantes y el personal del estudio, y cegamiento de los evaluadores a los resultados.
- Heterogeneidad moderada ( $I^2 = 39,6\%$ ;  $p=0,1$ ), pero clínicamente no importante.
- Heterogeneidad baja ( $I^2$  de  $0\%$ ;  $p=0,61$ ).
- Intervalos de confianza muy amplios con efectos potencialmente poco relevantes.
- Heterogeneidad significativa ( $I^2= 96,9\%$ ,  $p < 0,001$ ).