

Open Acces



# ALIMENTACIÓ SALUDABLE I SALUT CARDIOMETABÒLICA: DE L'EVIDÈNCIA GLOBAL A LA CONSULTA D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

David Sampérez Sinovas<sup>1</sup> i Francesc Alòs Colomer<sup>2</sup>.

Membres vocalia Programa d'Activitats Preventives i de la Promoció de la Salut (PAPPS) CAMFiC

<sup>1</sup> Especialista en Medicina  
Familiar i Comunitària.  
CAP Horta<sup>2</sup> Especialista en Medicina  
Familiar i Comunitària.  
CAP Passeig de Sant  
Joan**Adreça per a  
correspondència:**  
David Sampérez Sinovas**Adreça electrònica:**  
Dsamperiz.bcn.ics@  
gencat.cat

## RESUM

La convergència de recomanacions de les principals societats mèdiques internacionals —AHA, ACC, ADA i EAPC/ESC— avala al 2026 els patrons alimentaris predominantment vegetals com a estratègia central en la prescripció preventiva i el maneig de la síndrome cardiovascular-renal-metabòlica. Aquesta revisió sintetitza l'evidència disponible sobre la Dieta de Salut Planetària (PHD), que integra aquests patrons sota un marc alimentari flexible i aplicable a contextos culturals i alimentaris diversos. L'alta adherència s'associa amb reduccions del 23-28% en mortalitat per totes les causes, del 14% en mortalitat cardiovascular i del 22% en el risc de DM2. Finalment, es descriuen estratègies pràctiques per incorporar el consell dietètic a la consulta, incloent el model de les 5 A i substitucions concretes basades en les guies 2025-2026.

## RESUMEN

La convergencia de recomendaciones de las principales sociedades médicas internacionales —AHA, ACC, ADA y EAPC/ESC— avala en 2026 los patrones alimentarios predominantemente vegetales como estrategia central en la prescripción preventiva y el manejo del síndrome cardiovascular-renal-metabólico. Esta revisión sintetiza la evidencia disponible sobre la Dieta de Salud Planetaria (PHD), que integra estos patrones bajo un marco alimentario flexible y aplicable a contextos culturales y alimentarios diversos. La alta adherencia se asocia con reducciones del 23-28% en mortalidad por todas las causas, del 14% en mortalidad cardiovascular y del 22% en el riesgo de DM2. Finalmente, se describen estrategias prácticas para incorporar el consejo dietético en la consulta, incluyendo el modelo de las 5 A y sustituciones concretas basadas en las guías 2025-2026.

## ABSTRACT

The convergence of recommendations from the leading international medical societies —AHA,

ACC, ADA and EAPC/ESC— endorses predominantly plant-based dietary patterns in 2026 as the central strategy for preventive prescription and the management of cardiovascular-kidney-metabolic syndrome. This review synthesises the available evidence on the Planetary Health Diet (PHD), which integrates these patterns within a flexible framework applicable to diverse cultural and dietary contexts. High adherence is associated with reductions of 23-28% in all-cause mortality, 14% in cardiovascular mortality and 22% in the risk of T2DM. Finally, practical strategies are described for incorporating dietary counselling into primary care consultations, including the 5 A's model and specific substitutions based on the 2025-2026 guidelines.

## INTRODUCCIÓ

La dieta és probablement la intervenció de medicina preventiva amb major impacte potencial en salut poblacional. El 2019 es va presentar la PHD, actualitzada l'octubre de 2025 (EAT – Lancet 2.0), com un patró alimentari de referència universal que optimitza simultàniament la salut humana i la sostenibilitat ambiental.<sup>1,2</sup> La revisió dels 30 anys de la piràmide mediterrània, publicada l'any 2025 amb la participació del director de la Fundació Dieta Mediterrànea, confirma que la PHD representa l'evolució natural d'aquesta tradició, amb la qual comparteix l'arquitectura nutricional fonamental: predominança vegetal, olis insaturats, llegums i fruits secs com a principals fonts proteiques, consum moderat de peix i baix en carn vermella. La novetat rau en la seva aplicabilitat transcultural i en la quantificació dels límits biofísics del planeta.<sup>1,3</sup>

En el 2026, les principals societats mèdiques internacionals coincideixen, per primera vegada de manera convergent, en prioritzar els patrons alimentaris predominantment vegetals com a estratègia central tant de prevenció com de maneig de les malalties cròniques. Aquesta revisió narrativa

té per objectiu sintetitzar l'evidència científica que sustenta la implementació d'aquests patrons alimentaris a l'atenció primària i oferir eines pràctiques per a la seva incorporació a la consulta.

## METODOLOGIA

Es va realitzar una revisió narrativa de la literatura científica publicada fins al juliol de 2026. Es van consultar les bases de dades PubMed/MEDLINE utilitzant termes de cerca relacionats amb "planetary health diet", "EAT-Lancet", "Chronic kidney disease", "non-alcoholic fatty liver disease", "plant-based diet", "Mediterranean diet", "DASH diet", "cardiovascular disease", "type 2 diabetes", "mortality", i "primary prevention". També es van consultar les publicacions oficials de les principals societats mèdiques: American Heart Association (AHA), American College of Cardiology (ACC), European Society of Cardiology/European Association of Preventive Cardiology (ESC/EAPC), American Diabetes Association (ADA), Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO), i European Association for the Study of the Liver (EASL).

Es van prioritzar guies de pràctica clínica publicades entre 2025 i 2026, metaanàlisi\* d'estudis de cohorts prospectives i estudis de cohorts de gran mida (Nurses' Health Study, Health Professionals Follow-up Study, UK Biobank, NHANES). Es van incloure estudis que avaluessin l'associació entre patrons alimentaris predominantment vegetals - PHD, mediterrània, Enfocaments Dietètics per Aturar la Hipertensió (DASH), vegetarian - i desenllaços clínics durs (mortalitat, esdeveniments cardiovasculars, incidència de DM2).

La selecció d'estudis es va basar en la rellevància clínica per a l'atenció primària, la qualitat metodològica i la convergència de recomanacions de les guies 2025-2026. Com a revisió narrativa, aquest treball no segueix un protocol de cerca sistemàtica ni inclou una avaluació formal de la qualitat metodològica mitjançant eines estandarditzades, i la selecció pot estar subjecta a biaix inherent a aquest tipus de disseny.

## EVIDÈNCIA CLÍNICA DE LA DIETA DE SALUT PLANETÀRIA

L'evidència observacional més rellevant procedeix de l'anàlisi de 206.404 adults de tres grans cohorts prospectives nord-americanes (Nurses' Health Study, Nurses' Health Study II i Health Professionals Follow-Up Study), amb un seguiment de fins a 34 anys i 54.536 morts documentades. L'adherència alta a la PHD es va associar amb una mortalitat global un 23% inferior respecte al quintil inferior d'adherència (HR 0,77; IC95% 0,75-0,80), amb associacions inverses significatives per a mortalitat cardiovascular (HR 0,86; IC95% 0,81-0,91) i per càncer (HR 0,90; IC95% 0,85-0,95). També es van observar associacions inverses per a mortalitat respiratòria (HR 0,53; IC95% 0,47-0,60) i neurodegenerativa (HR 0,72;

IC95% 0,66-0,79)<sup>4,5</sup>, tot i que la magnitud de l'efecte per a mortalitat respiratòria pot reflectir confusió residual inherent als estudis observacionals, malgrat l'ajust per tabaquisme i altres factors de risc. Una anàlisi complementària de les mateixes cohorts, projectada a escala global, va estimar una mortalitat un 28% inferior al decil superior d'adherència, equivalent a una prevenció estimada d'uns 15 milions de morts anuals a escala mundial<sup>6</sup>. Resultats convergents provenen de la cohort ENRICA espanyola (n = 13.105; seguiment mitjà de 14,4 anys), on l'alta adherència a la PHD s'associà amb un 22% menys de mortalitat global (HR 0,78; IC95% 0,66-0,91)<sup>7</sup>.

Quant a la DM2, la metaanàlisi més àmplia disponible (37 cohorts, 3.244.263 participants) va confirmar una associació inversa consistent entre adherència a la PHD i risc de diabetis (HR 0,78; IC95% 0,65-0,92)<sup>8</sup>. Altres dades del UK Biobank (n = 112.032) van mostrar una reducció del 43% en el risc de DM2 al quartil superior d'adherència al PHDI (HR 0,57; IC95% 0,50-0,64), superior a l'observada amb la dieta mediterrània alternativa (HR 0,70)<sup>8</sup>.

En l'àmbit oncològic, s'observen reduccions del risc del 7-9% en càncer de pulmó segons metaanàlisi recents (IC 95%, HR 0,91-0,93). Dieta Mediterrània i DASH mostren reduccions consistents del 14-20% del risc de càncer colorectal (IC 95%, HR 0,80-0,86). A més, evidència publicada el juny de 2026 confirma una reducció de l'11% en el risc de càncer de mama (HR 0,89; IC95% 0,84-0,95) independent del canvi de pes; aquest benefici és especialment rellevant en els tumors receptors d'estrógen negatius (RE-), on el risc disminueix un 21% (HR 0,79; IC95% 0,66-0,93)<sup>9</sup>.

Els mecanismes proposats inclouen vies ben establertes: millora de la sensibilitat a la insulina, reducció del LDL-colesterol, la pressió arterial, i modulació de la inflamació sistèmica a través de marcadors com la PCR ultrasensible, la interleucina-6, la leptina i l'adiponectina<sup>7,8,9</sup>. Estudis longitudinals han confirmat que aquests efectes biològics es tradueixen en beneficis clínics sostinguts: menor risc d'esteatosi hepàtica, retard en la progressió de la malaltia renal crònica i prevenció del guany ponderal.

## CONVERGÈNCIA INSTITUCIONAL ENTRE LES PRINCIPALS SOCIETATS CIENTÍFIQUES

Al 2026, l'ACC explicita l'existència d'un consens generalitzat sense precedents entre societats professionals a favor de patrons alimentaris amb predomini d'aliments d'origen vegetal «plant-forward» per millorar els desenllaços cardiovasculars i metabòlics.<sup>10</sup> La guia conjunta ACC/AHA de dislipèmia (març 2026) recomana dietes riques en fibra, soja i fruits secs com a estratègia per reduir el LDL-c, destacant la dieta Portfolio com a intervenció d'alta intensitat dietètica amb reduccions de LDL-c de 26 mg/dL (IC95% -31 a -21 mg/dL), comparables a estatines de primera generació<sup>11,12</sup>.

L'ADA, 2026 recomana patrons basats en evidència tant per a la prevenció de la DM2 com per reduir el risc cardiovascular en persones amb diabetis, emfatitzant la incorporació de proteïna vegetal (fruits secs, llavors, llegums) i la minimització del consum de carn vermella, begudes ensucrades i aliments ultraprocessats.<sup>13</sup>

En l'àmbit europeu, l'EAPC/ESC conclou de manera convergent que els mateixos patrons alimentaris amb predomini d'aliments d'origen vegetal i mínimament processats redueixen el risc cardiovascular, avalant les dietes DASH, mediterrània i vegetariana.<sup>14</sup> En el context espanyol, l'Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición va publicar al 2022 les seves recomanacions dietètiques saludables i sostenibles, estructuralment convergents amb la PHD, operativitzades mitjançant l'índex HS-DRI.<sup>15</sup> La rellevància de la qualitat dels aliments vegetals queda palesa en la cohort ENRICA (Estudio sobre Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España): cada increment de 10 punts en l'índex hPDI —que puntua positivament els vegetals saludables i penalitza els refinats i ensucrats— s'associa amb un 37% menys de mortalitat cardiovascular (HR 0,63; IC95% 0,46-0,85)<sup>7</sup>.

Més enllà de la cardiologia, la KDIGO recomana dietes amb consum més elevat d'aliments vegetals en el maneig de la malaltia renal crònica, amb evidència de reducció de proteinúria i alentiment de la progressió renal<sup>16</sup>. Les guies EASL per al maneig de la malaltia hepàtica esteatòtica associada a disfunció metabòlica (MASLD) recomanen la dieta mediterrània com l'únic patró alimentari específic amb evidència suficient<sup>17,18</sup>.

## OPERATIVITAT A LA CONSULTA: «PROGRÉS, NO PERFECCIÓ»

L'objectiu de la intervenció dietètica no és restringir nutrients aïllats ni prescriure un model rígid, sinó modificar el patró alimentari en el seu conjunt: la combinació, la freqüència i la composició de la dieta al llarg del temps. L'enfocament ha de centrar-se en la substitució progressiva i la flexibilitat, cosa especialment rellevant en la nostra realitat de salut

comunitària, atesa la diversitat de tradicions culinàries dels nostres pacients.

## Què avaluar a la consulta

L'AHA recomana una anamnesi dietètica breu centrada en cinc àrees clau: freqüència de consum de carn processada, begudes ensucrades, fruits secs i llegums, cereals integrals i aliments ultraprocessats<sup>11</sup>. No cal un qüestionari exhaustiu: quatre o cinc preguntes dirigides permeten identificar els patrons de risc i els objectius prioritaris d'intervenció per a cada pacient. L'ACC-AHA recomana també el cribratge sistemàtic d'inseguretat alimentària —preguntar als pacients si han tingut dificultats per accedir a aliments que necessiten— com a determinant social de salut que cal identificar abans de qualsevol consell dietètic<sup>11,12</sup>. A Catalunya, la derivació a recursos comunitaris es pot canalitzar a través del programa Prescripció Social i Salut (PSS) de l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT), que proporciona a qualsevol professional d'atenció primària eines per identificar, conjuntament amb el pacient, activitats comunitàries adaptades a les seves necessitats i context social. En l'àmbit de la implementació, el projecte europeu PEACHD, coordinat des de l'Hospital Clínic-IDIBAPS en el marc de SumaSalut, desenvolupa i avalua protocols de consell breu integrat sobre alimentació i altres factors de risc en centres d'AP de Catalunya, amb prioritat per a poblacions en situació de vulnerabilitat socioeconòmica (PEACHD-ASPCAT)<sup>19</sup>.

## Què recomanar: substitucions concretes amb evidència

La taula 1 recull les substitucions amb major evidència documentada i els seus beneficis associats. Dos principis pràctics han de guiar el consell:

- **Missatge de freqüència, no de prohibició:** «la majoria de les vegades, no mai». Aquest enfocament facilita l'adherència, evita la culpabilització del pacient i és coherent amb l'objectiu de canvi sostingut a llarg termini<sup>11,12</sup>.

Taula 1. Substitucions dietètiques recomanades per les guies 2025-2026 i beneficis associats

| Substitució                               | Benefici documentat                                                                                        | Referència                                                                     |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Carn vermella → llegums (1 ració/dia)     | – 30% risc coronari                                                                                        | Nurses' Health Study (4,5), Al-Shaar et al. JAMA Intern Med 2020 <sup>20</sup> |
| Lactis sencers → fruits secs              | Reducció de LDL-c per doble mecanisme: menor ingesta de greix saturat + efecte intrínsec de la substitució | Meta-anàlisi ACC/AHA 2026 <sup>12</sup>                                        |
| Begudes ensucrades → aigua o infusions    | – 26% risc DM2                                                                                             | UK Biobank <sup>8</sup>                                                        |
| Carn processada → peix o proteïna vegetal | – 14% mortalitat cardiovascular                                                                            | Cohorts prospectives <sup>4,5</sup>                                            |
| Dieta Portfolio                           | – 26 mg/dL LDL (equivalent a estatinas "suaves")                                                           | Guia ACC/AHA dislipèmia 2026 <sup>12</sup>                                     |

\* Els efectes provenen de dissenys i desenllaços heterogenis. Per a pacients amb dislipèmia, les guies ACC/AHA 2026 destaquen la dieta Portfolio com a intervenció d'alta intensitat dietètica: fruits secs (42 g/dia), proteïna de soja, fibra viscosa (civada, ordi, psyllium) i esters vegetals<sup>12</sup>

- **Identificació dels tres objectius prioritaris de reducció (AHA 2026): begudes ensucrades, carns processades (embotits, salsitxes, bacó) i snacks ultrarefinats<sup>11</sup>.**

### Com fer-ho sostenible: el model de les 5 A i el seguiment

El model de les 5 A (Avaluar, Assessorar, Acordar, Ajudar, Acompanyar) ofereix un algorisme pràctic adaptable a les limitacions de temps de la consulta. L'AHA assenyala que la majoria dels professionals duen a terme els dos primers passos (Avaluar i Assessorar), però que l'impacte real del canvi de comportament prové principalment dels tres últims: acordar objectius concrets i assolibles amb el pacient, ajudar amb un pla d'acció individualitzat i acompanyar en el seguiment<sup>11</sup>. Un assaig clínic aleatoritzat va demostrar que fins i tot una intervenció de 15 minuts per part del metge de capçalera, basada en un qüestionari de freqüència alimentària i fulls explicatius, comportava millores significatives i sostingudes en el patró alimentari.

A Catalunya, aquesta estratègia s'ha implementat de manera integrada a través del programa SumaSalut de l'ASPCAT, codesenvolupat amb la CAMFiC i l'AlFiCC, que aborda de forma conjunta els quatre factors de risc modificables principals: tabac, alcohol, activitat física i alimentació ('Petits canvis per menjar millor'). Aquest programa utilitza la mateixa metodologia de les 5 A i d'intervenció breu, ha estat reconegut per l'OMS com a bona pràctica (projecte BRIEF) i ha rebut el Premi OR de Bones Pràctiques del Sistema Nacional de Salut 2025-2026. L'abordatge integrat dels factors de risc és coherent amb el marc conceptual de la síndrome cardiovascular-renal-metabòlica i permet optimitzar el temps de consulta mitjançant una intervenció multifactorial.

L'equip multidisciplinari —dietista-nutricionista, infermeria, treballador social— funciona com un circuit integrat que amplifica l'efecte de la intervenció en la qual el metge de família ocupa el paper central. SumaSalut proporciona materials i formació en català específicament dissenyats per a l'atenció primària, facilitant la implementació pràctica del consell dietètic dins del flux habitual de treball.

### SEGURETAT I PRECAUCIONS

La PHD presenta un perfil de seguretat favorable, sense els efectes adversos associats a la farmacoteràpia. Cal tenir en compte, però:

- La qualitat dels aliments vegetals és determinant: els patrons basats en aliments vegetals no saludables (cereals refinats, sucres, begudes ensucrades, dolços) no s'associen amb beneficis i poden fins i tot augmentar el risc de DM2 i mortalitat<sup>1</sup>.

- Les alternatives vegetals ultraprocesades requereixen cautela pel seu contingut en sucres afegits, sodi, estabilitzants i conservants, com adverteix l'AHA 2026.<sup>11</sup>
- **Adequació nutricional de la PHD:** La vitamina B12 pot ser baixa si el consum d'aliments animals es troba al límit inferior dels rangs recomanats, situació que es pot resoldre amb modificacions dietètiques (aliments fermentats de soja, algues, llevat nutricional, bivalves) o, si escau, fortificació o suplementació en poblacions amb evidència bioquímica d'ingesta inadequada.<sup>1</sup>
- **Adequació en totes les etapes de la vida:** L'Academy of Nutrition and Dietetics i la Comissió EAT-Lancet 2025 confirmen que les dietes predominantment vegetals ben planificades, com la PHD, són adequades per a totes les etapes del cicle vital, incloent embaràs, lactància, infància, adolescència i gent gran. En gent gran, les proteïnes vegetals són tan efectives com les animals per mantenir la massa muscular i la força, sense diferències significatives en assajos clínics aleatoritzats. En lactants i infants, les diferències inicials en creixement entre famílies amb patrons omnívors, vegetarians o vegans es redueixen substancialment al cap de 24 mesos, amb un impacte mínim a llarg termini.
- **Poblacions que requereixen individualització:** En malaltia renal crònica avançada cal ajustar la ingesta de potassi i proteïnes segons l'estadi de la malaltia<sup>16</sup>.

### CONCLUSIONS

L'evidència científica acumulada fins al 2026 avala de manera consistent la implementació de patrons alimentaris predominantment vegetals, alineats amb la PHD, com a intervenció i maneig de la síndrome cardiovascular-renal-metabòlica.

L'alta adherència a la PHD s'associa amb magnituds d'efecte observades de reduccions del 23-28% en mortalitat per totes les causes, del 14% en mortalitat cardiovascular i del 22% en el risc de DM2, amb beneficis addicionals en la prevenció del càncer de mama i la progressió de la malaltia renal crònica. Les intervencions dietètiques han demostrat ser eficaces fins i tot en format breu i adaptables a la diversitat cultural de la nostra societat.

El metge i la metgessa de família tenen un paper clau en aquest abordatge: avaluen el risc cardiometabòlic global, identifiquen les comorbiditats que condicionen el consell alimentari, inicien la intervenció i n'adapten la intensitat segons les necessitats de cada persona. L'AHA reconeix competències específiques del metge de família en nutrició clínica: realitzar una anamnesi dietètica, acordar un pla d'acció amb el pacient i reconèixer quan cal la derivació al dietista-nutricionista com a extensió clínica de l'equip<sup>11</sup>. L'enfocament «progrés, no perfecció» i l'estratègia de substitució progressiva permeten una implementació factible en la consulta on canvis



modestos, però sostinguts, generen beneficis clínicament rellevants per al pacient.

Aquests resultats observacionals es complementen amb l'evidència d'assajos clínics aleatoritzats realitzats a Espanya: el PREDIMED i el PREDIMED-Plus han demostrat reduccions significatives d'esdeveniments cardiovasculars amb la dieta mediterrània, i el CORDIOPREV ha confirmat beneficis en prevenció secundària<sup>22,23,24</sup>.

## PUNTS CLAU

- Els patrons alimentaris predominantment vegetals (PHD, mediterrània, DASH) assoleixen al 2026 un consens institucional sense precedents entre AHA, ACC, ADA i EAPC/ESC.
- L'alta adherència a la PHD s'associa amb una reducció del 23-28% en mortalitat per totes les causes i del 22% en el risc de diabetis tipus 2 en estudis observacionals, amb beneficis cardiovasculars addicionals documentats en assajos clínics aleatoritzats com el PREDIMED, el PREDIMED-Plus i el CORDIOPREV.
- La qualitat dels aliments vegetals és determinant: els patrons basats en vegetals no saludables (refinats, ensucrats, ultraprocessats) no aporten els mateixos beneficis i poden ser perjudicials.
- Una anamnesi dietètica breu de cinc preguntes clau i el cribratge d'inseguretat alimentària són els primers passos recomanats a la consulta.
- Les substitucions concretes (carn vermella per llegums; begudes ensucrades per aigua; làctics sencers per fruits secs) tenen beneficis documentats amb magnituds d'efecte clínicament rellevants.
- El model de les 5 A és l'eina pràctica recomanada; l'impacte real del canvi de comportament prové dels tres últims passos: Acordar, Ajudar i Acompanyar el seguiment.

## REFERÈNCIES

1. Rockström J, Thilsted SH, Willett WC, et al. The EAT-Lancet Commission on Healthy, Sustainable, and Just Food Systems. *Lancet*. 2025;406(10512):1625-1700.
2. Willett W, Rockström J, Loken B, et al. Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *Lancet*. 2019;393(10170):447-492.
3. Hu FB, Drescher G, Trichopoulou A, Willett WC, Martínez-González MA. Three decades of the Mediterranean diet pyramid: a narrative review of its history, evolution, and advances. *Am J Clin Nutr*. 2025;122(1):17-28.
4. Bui LP, Pham TT, Wang F, et al. Planetary Health Diet Index and risk of total and cause-specific mortality in three prospective cohorts. *Am J Clin Nutr*. 2024;120(1):80-91.
5. Sawicki CM, Ramesh G, Bui L, et al. Planetary Health Diet and cardiovascular disease: results from three large prospective cohort studies in the USA. *Lancet Planet Health*. 2024;8(9):e666-e674.
6. Gu X, Bui LP, Wang F, et al. Global adherence to a healthy and sustainable diet and potential reduction in premature death. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2024;121(50):e2319008121.
7. Delgado-Velandia M, Maroto-Rodríguez J, Ortolá R, et al. Plant-based diets and all-cause and cardiovascular mortality in a nationwide cohort in Spain: the ENRICA study. *Mayo Clin Proc*. 2022;97(12):2196-2207.
8. Wang Y, Pan D, Zhang C, et al. Planetary Health Diet and risk of mortality and chronic diseases: results from US NHANES, UK Biobank, and a meta-analysis. *Sci Adv*. 2025;11(36):eadq5147.
9. Romanos-Nanclares A, Bui LP, Rosner BA, et al. Planetary Health Diet Index and breast cancer risk. *Br J Cancer*. 2026 Jun 30. doi: 10.1038/s41416-026-03523-w. Online ahead of print.
10. Williams KA Sr, Aggarwal M, Agustina R, et al. Nutrition and front-of-package food labeling as a catalyst for cardiovascular health: 2025 ACC Concise Clinical Guidance. *J Am Coll Cardiol*. 2026;87(5):638-653.
11. Lichtenstein AH, Khera A, Anderson CAM, et al. 2026 Dietary Guidance to Improve Cardiovascular Health: a Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2026.
12. Blumenthal RS, Morris PB, Gaudino M, et al. 2026 ACC/AHA Guideline on the Management of Dyslipidemia. *J Am Coll Cardiol*. 2026.
13. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes-2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S1-S321.
14. Marques-Vidal P, Tsampasian V, Cassidy A, et al. Diet and nutrition in cardiovascular disease prevention: a scientific statement of the EAPC and ACNAP of the ESC. *Eur J Prev Cardiol*. 2025.
15. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Recomendaciones dietéticas saludables y sostenibles complementadas con recomendaciones de actividad física. Madrid: AESAN; 2022.
16. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*. 2024;105(4S):S117-S314.
17. EASL-EASD-EASO. Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. *J Hepatol*. 2016;64(6):1388-1402.
18. Zeng XF, Varady KA, Wang XD, et al. The role of dietary modification in the prevention and management of metabolic dysfunction-associated fatty liver disease. *Metabolism*. 2024;161:156009.
19. Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). Projecte PEACHD. SumaSalut. Disponible a: <https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio/suma-salut/peachd/> [consultat juliol 2026].
20. Al-Shaar L, Satija A, Wang DD, et al. Red meat intake and risk of coronary heart disease among US men and women. *JAMA Internal Medicine*. 2020;180(4):503-512.
21. Sacerdote C, Fiorini L, Rosato R, et al. Randomized controlled trial: effect of nutritional counselling in general practice. *Int J Epidemiol*. 2006;35(2):409-15.

22. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. *N Engl J Med*. 2018;378(25):e34.
23. Salas-Salvadó J, Díaz-López A, Ruiz-Canela M, et al. Effect of a lifestyle intervention program with energy-restricted Mediterranean diet and exercise on weight loss and cardiovascular risk factors: one-year results of the PREDIMED-Plus trial. *Diabetes Care*. 2019;42(5):777-788.
24. Delgado-Lista J, Alcalá-Díaz JF, Torres-Peña JD, et al. Long-term secondary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet and a low-fat diet (CORDIOPREV): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2022;399(10338):1876-1885.