



***INFORME DE PROGRESO 18-MAY-2011***

El número de pacientes medidos a 18/05/2011 es de 673 (45% de la muestra total). Se acumula un retraso de 77 personas medidas respecto a las expectativas recogidas en el cronograma del estudios. Teniendo en cuenta que queda aproximadamente un año de captación, la situación es buena. Sin embargo la tendencia en todos los grupos es diversa. Los centros de Salamanca, Bilbao, Barcelona y Zaragoza siguen con una buena progresión de pacientes captados y medidos. Cuenca, tras el parón inicial, ha experimentado un ascenso positivo en el número de pacientes captados y ha adoptado una buena dinámica de trabajo, sentando las bases para un buen desarrollo del estudio. Por el contrario, el centro de Valladolid ha experimentado un frenazo en el número de pacientes medidos, observándose una alta tasa de rechazos, con un 44% de personas que son calificadas en la base excell como “no les interesa participar”. Desde el centro coordinador se tiene cierta preocupación por que no se esté dando el mensaje oportuno en el momento de realizar las llamadas de captación.

Tanto en Salamanca como en Valladolid, existe un elevado porcentaje de pacientes cuyo contacto es imposible porque el telefono esté equivocado o porque no exista un número válido. Es necesario buscar alternativas para recoger un telefono válido, tarjeta sanitaria, etc... antes de excluir directamente al paciente.

Debemos aunar esfuerzos entre todos para conseguir alcanzar los 1500 pacientes en el primer trimestre de 2012. Por este motivo no podemos descuidarnos y se debe seguir manteniendo un buen ritmo de mediciones, al menos 4 semanales que permitan alcanzar el objetivo. Es importante mantener tambien la dinámica en el proceso de mediciones incorporando semanalmente a la web la hoja excell de pacientes, las nuevas inclusiones y los archivos del acelerometro y de SPSS.

En la tabla de la página siguiente se describe la situación de la captación en cada uno de los centros participantes, así como los porcentajes de rechazo y otros índices de interés.

	SALAMANCA 12/05/2011	VALLADOLID 17/05/2011	BILBAO 12/05/2011	BARCELONA 13/05/2011	ZARAGOZA 13/05/2011	CUENCA 12/05/2011
<b>Captados (solo centros sin PEPAF)</b>				449	639	
<b>Intentado su contacto (solo centros PEPAF)</b>	280	215	167			97
<b>Ofrecidos</b>	208	173	162	436	305	90
<b>Aceptan</b>		97		205	164	
<b>Rechazos</b>	65 (31,25%)	76 (43,93)	45 (27,7%)	231 (52,98%)	141 (46,22%)	23 (25,55%)
<b>Medidos</b>	136	101	117	135	117	67
<b>Citado varias veces y no acude</b>	7 (3,36%)	2 (2,06%)	2 (1,23%)	0	0	2 (2,22%)
<b>Aceptan participar pero cuando se les avisa no quieren (solo centros sin PEPAF)</b>				13 (6,34%)	13 (7,92%)	
<b>Contacto imposible</b>	71 (25,35%)	40 (18,60%)	2 (1,19%)	0	0	5 (5,15%)
<b>Exitus</b>	1	2	1	0	0	0

## **1. REPASO TÉCNICAS MEDIDA**

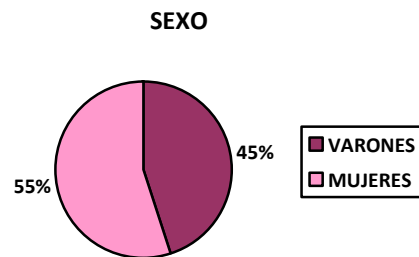
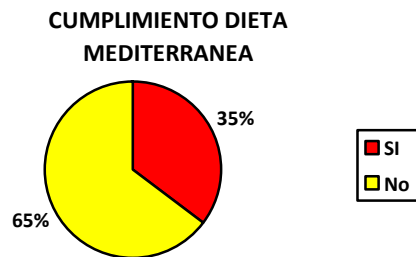
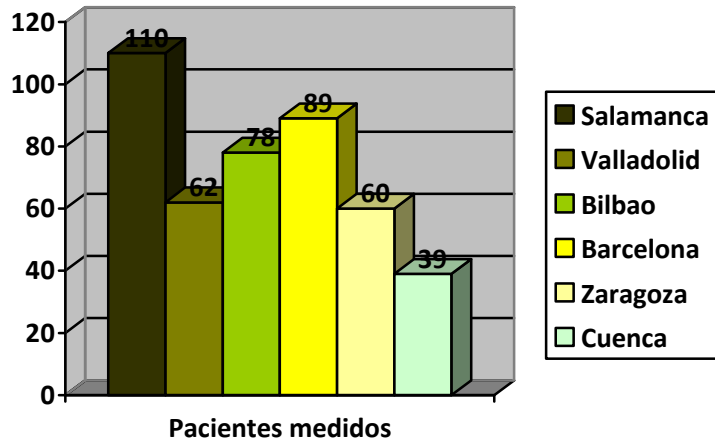
**A continuación se repasarán procesos comunes que merece la pena recordar:**

- Recordar que a la hora de recoger los datos personales, en la casilla de dirección se debe introducir la dirección completa del paciente sin signos, ni comas, ni guiones. Ejemplo: Si la dirección de un persona es: “Avenida Comuneros 2-4 3ª izda” en la el formulario se debería introducir: “Avenida Comuneros 2 4 3izda”
- En el apartado de anamnesis, los datos de antecedentes personales de enfermedad cardiovascular deben estar contrastados con la historia clínica o electrónica del paciente.
- En la anamnesis debe haber coherencia entre los datos: si un paciente está tomando medicamentos para la dislipemia, se debe anotar que existen antecedentes de dislipemia así como una fecha aproximada de diagnóstico.
- En el apartado fármacos de consumo habitual, igualmente se tiene que contrastar con la historia médica o electrónica del paciente.
- Cuestionario PAR: Recordar que se trata de un cuestionario subjetivo y que no se debe interpretar la intensidad del ejercicio del paciente, tiene que ser él mismo quien nos señale exactamente que grado de intensidad se ha alcanzado: Muy vigorosa, vigorosa, moderada. Recordar que se debe señalar a los pacientes que actividades cuya intensidad no llegue a ser moderada no es preciso que las relate.
- Siempre que sea posible, sería bueno que el cuestionario PAR se pasara en el momento de recoger el acelerómetro, de esa forma la información relatada sobre la actividad física del paciente coincidiría en el tiempo con el periodo en que estuvo grabando datos el acelerómetro.
- En el PAR, debemos procurar cuantificar con exactitud la duración real de cada actividad registrada. No es lo mismo que nos digan que estuvieron dos horas en la piscina a estar dos horas haciendo ejercicio.
- Es importante que el acelerómetro esté colocado todo el tiempo durante 7 días salvo en los momentos en los que el sujeto esté duchándose. Se ha observado que en algunos pacientes (aunque son muy pocos), existen varios días con mediciones 0 del acelerómetro, eso quiere decir que no lo ha tenido puesto por cualquier motivo, bien sea olvido u otro diferente.
- Recordar que tanto el peso como el porcentaje de grasa corporal deben ser registrados siempre con un decimal.
- En la monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA), en todo los centros está sucediendo lo mismo:
  - Existe una cantidad de medidas erróneas cuyo valor es 0, pero como el intervalo entre medidas es tan corto (15 min) tanto durante el día como durante la noche, no hay problema en lo referente a la validez de la prueba.

- El número de medidas erróneas es mayor cuando se trata de mujeres jóvenes con una muñeca muy pequeña, por lo que en este tipo de personas se debe afinar mejor a la hora de colocar el reloj, con el fin de minimizar errores.
- La calibración de cada sesión MAPA se debe realizar con aparatos de medida OMRON validados.
- Análisis de la onda del pulso arterial: Es importante hacer una buena selección del bloque de ondas más exacto, que además debe tener todos los parámetros solicitados en el formulario.
- Electrocardiograma: es necesario estar atentos a la hora de trasladar los datos del electrocardiograma al formulario para evitar errores en la copia.
- En cuanto a la analítica es necesario prestar mucha atención a la hora de pasar los datos al formulario ya que se deben introducir con el número de decimales indicado.
- En el cuestionario de dieta, se debe introducir el DNI del paciente seguido de dos cifras que identifican la letra del DNI del paciente según la siguiente tabla que aparece a continuación:

Resto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Letra	T	R	W	A	G	M	Y	F	P	D	X	B	N	J	Z	S	Q	V	H	L	C	K	E

## 2. RESULTADOS PRELIMINARES (PRIMEROS 438 PACIENTES)



### CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES n=438

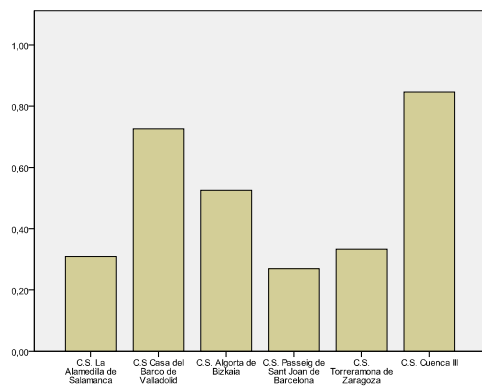
Hª familiar de enfermedad CV prematura	15,1%
Antecedentes de cardiopatía isquémica	0,9%
Antecedentes de enfermedad cardiovascular	2,6%
Insuficiencia cardiaca	1,9%
Hipercolesterolemia	30,8%
Diabetes Mellitus	9%
Hipertensión arterial	32,8%
Tabaquismo	20,5%
Consumo de alcohol peligroso o de riesgo	9,4%
HVI (todos los criterios)	6,2%

## 7-day PAR

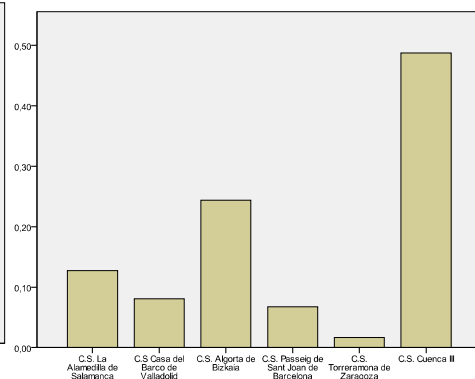
	N=250	N=438
METS/hora/semana SALAMANCA	19,50	19,83
METS/hora/semana VALLADOLID	80,89	65,43
METS/hora/semana BIZKAIA	33,32	31,21
METS/hora/semana BARCELONA	7,53	9,62
METS/hora/semana ZARAGOZA	12,12	14,48
METS/hora/semana CUENCA		71,82

## PREGUNTAS ACTIVIDAD FISICA n=438

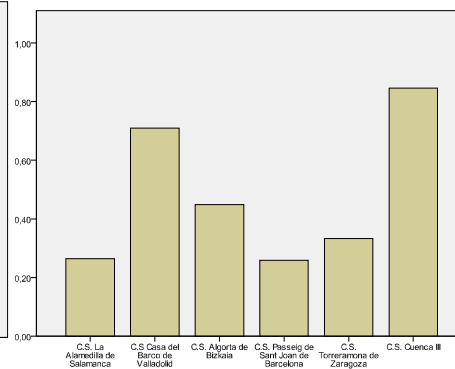
Horas sentado/semana	38,91
Horas sentado desplazamiento/semana	3,37
Horas sentado mesa de trabajo/semana	11,68
Horas sentado al televisor/semana	20,80



PORCENTAJE DE ACTIVOS



ACTIVOS, ACTV VIGOROSA 3/SEMANA



ACTIVOS, ACTIV MODERADA 5/SEMANA

## MEDIDAS PRESION ARTERIAL n=438

IMC	26,97
PAS/PAD clin domin	124,78/77,37
FC	70,88
PP	47,41
ITB dcho	1,15
ITB izda	1,14
PA 24 horas	121/77
PA día	125/80
PA noche	111/71
Porcentaje profundidad PA sistólica	11,14
Radial augmentation index	93,18

## DATOS ANALITICA n=250

Glucemia	93
Creatinina sangre	0,85
Colesterol total	214
HDL Colest	59
LDL Colest	133
Triglicéridos	113
Indice albumina/creatinina	10,15
Insulina basal	8,27

### **3. PRODUCCIÓN (publicaciones y comunicaciones)**

El objetivo de cualquier estudio de investigación es hacer llegar los resultados a toda la comunidad científica, en forma de publicaciones o comunicaciones en congresos.

#### **PUBLICACIONES**

1. PUBLICACIÓN PROTOCOLO: Physical exercise, fitness and dietary pattern and their relationship with circadian blood pressure pattern, augmentation index and endothelial dysfunction biological markers: EVIDENT study protocol. BMC Public Health 2010, 10:233
2. VALIDACIÓN DEL A-PULSE y PAC. Presión arterial central y peripheral augmentation index como medidas de de arterial stiffness: Comparación de dos métodos de medida.
3. VALIDACION DE CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FÍSICA

#### **COMUNICACIONES**

1. Physical exercise, fitness and dietary pattern and their relationship with circadian blood pressure pattern, augmentation index and endothelial dysfunction biological markers: EVIDENT study protocol. Congreso WONCA 2010. Malaga, Spain.
2. El cumplimiento de la dieta mediterránea se relaciona con menor prevalencia de obesidad: descriptiva basal del estudio EVIDENT. INVESTEN, ISCIII, MADRID Nov 2011
3. El estilo de vida sedentario se asocia con mayor prevalencia de obesidad: descriptiva basal del estudio EVIDENT. INVESTEN, ISCIII, MADRID Nov 2011

**TÍTULO: “El cumplimiento de la dieta mediterránea se relaciona con menor prevalencia de obesidad: descriptiva basal del estudio EVIDENT”.**

## INTRODUCCIÓN

La asociación existente entre la adherencia a la dieta mediterránea y los parámetros asociados con perfil metabólico no aterogénico (obesidad, perímetro abdominal y porcentaje de grasa corporal) no está clara en la literatura. Nuestro objetivo es estudiar la relación entre el cumplimiento de la dieta mediterránea y cifras de IMC; % de grasa corporal y perímetro abdominal.

## MÉTODO

Estudio multicéntrico descriptivo trasversal. Se reclutaron 438 pacientes mediante muestreo aleatorio sistemático con edades comprendidas entre 20 y 80 años pertenecientes a 6 centros de Atención Primaria de Salamanca, Valladolid, Bizkaia, Barcelona, Zaragoza y Cuenca. Se trata de los primeros sujetos captados del estudio “Evident” cuya estimación de reclutamiento final es de 1.500 sujetos. PROYECTO FIS (CONVOCATORIA 2009).

Se recogió información sobre cumplimiento de dieta mediterránea mediante el cuestionario validado (*Eur J Clin Nutr.* 2004 Nov;58(11):1550-2.) , actividad física mediante cuestionario validado (*Br J Sports Med.* 2005 May;39(5):294-7; discussion 294-7.), datos socio-demográficos, además de índice de masa corporal, perímetro abdominal y porcentaje de grasa corporal (medido mediante impedanciómetro modelo OMRON Body Fat monitor BF306.).

Análisis estadístico mediante regresión logística uni y multivariante ajustada por sexo y edad.

## RESULTADOS

Se analizaron datos de 438 pacientes reclutados, para los que se disponía de todos los datos de interés. Se halló diferencias en características basales entre pacientes con y sin cumplimiento de dieta mediterránea en las siguientes variables: índice de masa corporal, porcentaje de grasa y consumo de alcohol. En regresión logística múltiple, se encontró un porcentaje menor de pacientes con sobrepeso grado 2 y obesos en los cumplidores de dieta mediterránea (OR ajustada 0.48 [IC95% 0.27-0.85],  $p=0.012$  y OR ajustada 0.34 [IC95% 0.18-0.67],  $p=0.002$  respectivamente), **y un menor porcentaje de grasa corporal en estos pacientes (diferencia media XXX% [IC95% XX-XX],  $p=0.XX$ ).**

## DISCUSIÓN

Los pacientes que siguen dieta mediterránea tienen un riesgo aproximadamente un 50% menor de sobrepeso grado 2, casi un 60% menor de obesidad y **un menor porcentaje de grasa corporal.**

## IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Esto es relevante para la adopción de medidas preventivas en Atención Primaria, sobretodo en el ámbito de educación de la salud en la que los profesionales de enfermería somos una figura clave.

**TÍTULO: “El estilo de vida sedentario se asocia con mayor prevalencia de obesidad: descriptiva basal del estudio EVIDENT”.**

#### OBJETIVOS

Estudiar la relación entre la realización rutinaria de ejercicio físico y el porcentaje de grasa corporal.

#### MÉTODO

Estudio prospectivo de cohortes. Descriptiva basal de la población incluida.

Estudio multicéntrico descriptivo trasversal. Se reclutaron 438 pacientes mediante muestreo aleatorio sistemático con edades comprendidas entre 20 y 80 años pertenecientes a 6 centros de Atención Primaria de Salamanca, Valladolid, Bizkaia, Barcelona, Zaragoza y Cuenca. Se trata de los primeros sujetos captados del estudio “Evident” cuya estimación de reclutamiento final es de 1.500 sujetos. PROYECTO FIS (CONVOCATORIA 2009).

Se recogió información sobre actividad física mediante el cuestionario validado (*Br J Sports Med.* 2005 May;39(5):294-7; discussion 294-7.), datos socio-demográficos y porcentaje de grasa corporal, medido mediante impedanciómetro modelo OMROM Body Fat monitor BF306.

Análisis estadístico mediante regresión logística uni y multivariante ajustada por sexo y edad.

#### RESULTADOS

Se analizaron datos de 438 pacientes reclutados. Se encontraron diferencias entre activos y sedentarios en el sexo, porcentaje de grasa corporal, circunferencia abdominal, y tabaquismo. En modelo multivariante, hallamos un menor porcentaje de pacientes con circunferencia abdominal de riesgo entre los activos (OR ajustada 0.59 [IC95% 0.32-0.85],  $p=0.009$ , y un menor porcentaje de grasa corporal en estos pacientes (diferencia media XXX% [IC95% XX-XX],  $p=0.XX$ ).

#### DISCUSIÓN

Los pacientes que se autodefinen como activos tienen un riesgo aproximadamente un 40% menor de obesidad abdominal de alto riesgo, y un menor porcentaje de grasa corporal.

#### IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Esto es relevante para la adopción de medidas preventivas en enfermería de Atención Primaria, ya que el colectivo de enfermería juega un papel destacado en la promoción de estilos de vida saludables.