

ta de HTA del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Se midió la PA a todos los pacientes mediante tres instrumentos: medición de MAPA mediante un dispositivo oscilométrico de medición automática de la presión arterial (Tonoport V) se tomaron PA cada 15 min en periodo diurno y cada 30 min en periodo nocturno; se realizó estimación de la PA central mediante ecografía (MyLab Twice, Esaote), equipado con una sonda lineal que opera a 4-13 MHz; y PAB en sedestación en la consulta con dispositivo oscilométrico OMRON y se calculó la media y desviación estándar de todas ellas. Se halló la media del conjunto de diferencias y su desviación estándar mediante los gráficos de Bland y Altman. La concordancia se evaluó mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI), se basa en un modelo de análisis de la variancia (ANOVA) con medidas repetidas. Su valor se extiende entre 0 y 1, siendo 1 un perfecto acuerdo y 0 un acuerdo nulo. Se interpretó según la clasificación de Fermanian. Se ha considerado aceptable un CCI > 0,51.

**Resultados:** Fueron evaluados 176 pacientes: 58,2% eran del sexo masculino y el promedio de edad fue de  $64,69 \pm 11,44$  años. El promedio del IMC fue de  $28,74 \pm 5,12$  kg/m<sup>2</sup>. El promedio de perímetro abdominal fue  $96,21 \pm 13,15$  cm. Los valores promedios de presión sistólica (PAS) y de presión diastólica (PAD) encontrados por la medida braquial fueron  $142,68 \pm 17,19$  mmHg y  $81,08 \pm 11,23$  mmHg, respectivamente. En la medida central, el promedio de la PAS fue  $127,42 \pm 16,311$  mmHg, y el de la PAD fue  $81,01 \pm 11,34$  mmHg. El promedio de las medidas por la MAPA fue de  $135,61 \pm 16,29$  mmHg y  $80,28 \pm 11,87$  mmHg para PAS y PAD respectivamente. Las diferencias de las medias entre las PAS braquial y central fueron  $5,15 \pm 18,81$ , PAS central y MAPA  $88,57 \pm 18,63$ , PAS braquial y MAPA  $-6,78 \pm 18,31$ . En las PAD braquial y central  $0,09 \pm 2,41$ , central y MAPA  $-0,71 \pm 0,83$  y braquial y MAPA  $-0,53 \pm 11,05$ . El coeficiente de correlación intraclase siempre fue para las PAS y PAD braquial y central, para la TAD central y MAPA, y TAD braquial y MAPA > 0,51. En cambio para la PAS central y MAPA, y para la TAS braquial y MAPA el CCI fue < 0,51.

**Conclusiones:** Existe concordancia entre las medidas braquiales y centrales tanto para la PAS y PAD, también hay concordancia entre la TAD central y MAPA y las TAD braquial y MAPA. En cambio no hay concordancia entre la PAS central y MAPA y la TAS braquial y MAPA. Esto indica que los resultados de las medidas de las PAS no se pueden intercambiar en la práctica clínica. A partir de estos resultados analizaremos la asociación existente entre las diferentes medidas de PA y el daño de órgano diana.

## 275. ASOCIACIÓN DEL ÍNDICE GLUCÉMICO Y LA CARGA GLUCÉMICA DE LOS ALIMENTOS CON EL ÍNDICE DE AUMENTO PERIFÉRICO EN ADULTOS

J.I. Recio Rodríguez<sup>1</sup>, L. García Ortiz<sup>1</sup>, M.A. Gómez Marcos<sup>1</sup>, C. Agudo Conde<sup>1</sup>, M.C. Patino Alonso<sup>2</sup>, L. Gómez Sanchez<sup>1</sup>, C. Martínez Salgado<sup>1</sup>, M. Gómez Sanchez<sup>1</sup>, E. Rodríguez Sánchez<sup>1</sup> y J.A. Maderuelo Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Investigación, CS La Alamedilla, Salamanca.

<sup>2</sup>Departamento de Estadística, Universidad de Salamanca, Salamanca.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio es analizar la asociación del índice glucémico y la carga glucémica en la dieta habitual con el índice de aumento radial o periférico en una muestra de adultos sin enfermedades cardiovasculares.

**Métodos:** Muestreo aleatorio de 1.553 participantes del estudio EVIDENT, con una edad media de 55,7 años y 39,7% de varones. El índice glucémico y la carga glucémica junto con la ingesta calórica de cada participante fue evaluado con un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, previamente validado, que incluyó 137 ítems. El índice de aumento periférico (PAIx75) y la presión

arterial central se evaluaron con el Pulse Wave Application Software (A Pulse). Se midió la actividad física habitual durante 7 días con acelerómetro (Actigraph GT3X) y la presión arterial clínica con un dispositivo OMRON M10-IT.

**Resultados:** De entre los participantes, el 32,6% tenían hipertensión, 31,9% dislipemia y 12,4% diabetes mellitus II. La presión arterial clínica fue 123/76 mmHg y el PAIx75 88%. La ingesta calórica total fue de 2.329 kcal con 42,62% de carbohidratos, 17,3% proteínas y 36,7% grasas. Tras ajustar los resultados por factores de confusión (edad, sexo, presión arterial, índice de masa corporal, tabaquismo, actividad física, ingesta calórica y presencia de fármacos con efecto hipotensor, antidiabéticos y antidiabéticos), se observó que por cada incremento de 5 unidades en el índice glucémico, los participantes tenían un 0,11 (IC95%: 0,04, 0,19) de incremento en los valores del PAIx75. De igual forma, por cada 10 unidades de aumento de la carga glucémica, los individuos tenían un incremento de 1,18 (IC95%: 0,28, 2,08) en los valores de PAIx75.

**Conclusiones:** El IG y la CG están directamente asociados con el PAIx75 en adultos, independientemente de la edad, sexo, nivel de actividad física y otros factores de riesgo cardiovascular

## 276. CIGARRILLO ELECTRÓNICO Y TABAQUISMO

I. Belenguer Ricarte<sup>1</sup>, G. Belenguer Civera<sup>1</sup>, C. Herrero Gil<sup>2</sup> y R. Lekerika Llopis<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud de Atención Primaria, Xàtiva. <sup>2</sup>Centro de Salud de Atención Primaria, Gandía-Corea. <sup>3</sup>Centro de Salud de Atención Primaria, Meliana.

**Objetivo:** Recientemente los conocidos cigarrillos electrónicos (e-cigs) están siendo potenciados y consumidos por un alto porcentaje de fumadores como alternativa al cigarro convencional, estos aparatos mediante una combustión de un sistema de calentamiento electrónico consigue la emanación de un humo similar al del cigarro de tabaco puro comercial. Actualmente las dudas sobre su uso e utilidad así como las concentraciones de nicotina y sus posibles efectos negativos para la salud están siendo evaluados por las diversas autoridades sanitarias habiéndose creado en estos momentos un gran debate al respecto de su validez y contenido hacia los usuarios reales y potenciales.

**Métodos:** Se realiza un seguimiento telefónico y de encuesta personal en Centro de Salud de Atención Primaria a un total de 110 usuari@s incluidos en programa anti-tabaco y que no todos consiguieron el abandono del hábito tabáquico, tan solo un 16%, solicitándoles a todo el grupo a estudio la respuesta a una encuesta relacionada con el uso o contacto con el dispositivo electrónico como alternativa a otras terapias o tratamientos anti-tabaco propuestos en consulta clínica.

**Resultados:** Los usuarios que abandonaron el hábito tabáquico durante la campaña en el año 2013 en un total del 40% han probado el cigarrillo electrónico en la fase de deshabituación, el resto ha renunciado aduciendo miedo al craving. De los fumadores activos que no abandonaron el hábito y por tanto siguen siendo consumidores, un 70% ha adquirido el cigarrillo electrónico, un 10% no, y un 20% tan solo lo ha probado en el comercio donde se lo ofertaron, rechazándolo por la diferencia del acto de pipetear y por el precio solicitado. Tan solo un total de 3 usuarios han podido ser catalogados como no fumadores, tras las pruebas clínicas, después del uso del cigarrillo electrónico, por contra el resto simultanea el cigarro puro junto al cigarrillo electrónico.

**Conclusiones:** El cigarro electrónico no es evidencia del abandono del tabaco. Los fumadores simultanean tabaco puro y cigarro electrónico. Los profesionales sanitarios y los usuarios no tienen suficiente información al respecto de los aparatos vapeadores.