

**Riesgo vascular, diabetes e índice tobillo-brazo****Vascular Risk, Diabetes and the Ankle-Brachial Index****Sra. Editora:**

Hemos leído con gran interés el original publicado por Baena-Díez et al<sup>1</sup> en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA. Se trata de un estudio de amplia base poblacional, con la finalidad de evaluar la utilidad del índice tobillo-brazo (ITB) para reclasificar a una categoría superior a pacientes de riesgo cardiovascular bajo o intermedio. La principal conclusión del estudio es que el ITB reclasifica una importante proporción de personas hacia la categoría de riesgo alto, en especial las mujeres y con la función REGICOR. Sin cuestionar esta conclusión, creemos que la inclusión de pacientes con diabetes puede distorsionar en cierta medida los hallazgos del estudio. La presencia de pacientes con diabetes (57 de 204 sujetos con ITB < 0,9) puede condicionar la mayor proporción de sujetos que, con un ITB < 0,9, son tratados con estatinas, hipotensores o antiagregantes (además de hipoglucemiantes), y que el porcentaje de sujetos con lipoproteínas de baja densidad < 100 mg/dl sea mayor en el grupo con ITB bajo que en el ITB normal, lo que quizá traduce su mayor comorbilidad y seguimiento de guías de práctica clínica<sup>2</sup>. Puesto que los pacientes con diabetes no han sido excluidos, no podemos conocer qué número de sujetos de riesgo bajo o intermedio tenía este padecimiento, y puede que no sea despreciable, ya que en una serie española la mediana de riesgo SCORE de pacientes diabéticos fue 4,4<sup>3</sup>. Aunque se puede argumentar que la diabetes tipo 2 no sea un equivalente coronario en el noreste español<sup>4</sup>, no es menos cierto que la diabetes es un predictor, independiente de edad y sexo, de ITB < 0,9, como este mismo estudio confirma<sup>5</sup> y que un ITB < 0,9 aparece hasta en un 27% de los sujetos ambulatorios con diabetes tipo 2<sup>6</sup>.

En nuestra opinión, excluyendo a pacientes con diabetes de tipo 2, la medición del ITB en sujetos de bajo riesgo probablemente carezca de interés clínico y no sea una medida eficiente. En nuestra experiencia, sólo un 2% de los sujetos mayores de 50 años presentaron un ITB < 0,9, justificándose por tener bajo riesgo estimado por Framingham Risk Score y SCORE; de los 9 pacientes que tuvieron un ITB < 0,9, en 4 de ellos apareció claudicación intermitente<sup>7</sup>; un 33% de los pacientes de esta serie con ITB < 0,9 eran claudicantes<sup>5</sup>. Compartimos con los autores la

incertidumbre de en qué pacientes se debe priorizar la determinación del ITB; para sujetos con riesgo bajo o intermedio quizá la presencia de claudicación o diabetes pueda servir de guía.

Pedro Valdivielso<sup>a,\*</sup>, José Mancera-Romero<sup>b</sup>  
y Miguel Angel Sánchez-Chaparro<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital Virgen de La Victoria, Málaga, España

<sup>b</sup>Centro de Salud de Ciudad Jardín, Málaga, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: Valdivielso@uma.es (P. Valdivielso).

On-line el 17 de junio de 2011

**BIBLIOGRAFÍA**

- Baena-Díez JM, Alzamora MT, Forés R, Pera G, Torán P, Sorribes M. El índice tobillo-brazo mejora la clasificación del riesgo cardiovascular: estudio ARTPER/PERART. Rev Esp Cardiol. 2011;64:186-92.
- Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Álvarez-Sala L, Armario P, Maiques A, et al. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. Rev Esp Salud Publica. 2008;82:581-616.
- Manzano L, Mostaza JM, Suárez C, Cairols M, Redondo R, Valdivielso P, et al. Modificación de la estratificación del riesgo vascular tras la determinación del índice tobillo-brazo en pacientes sin enfermedad arterial conocida. Estudio MERITO. Med Clin (Barc). 2007;128:241-6.
- Cano JF, Baena-Díez JM, Franch J, Vila J, Tello S, Sala J, et al. Long-term cardiovascular risk in type 2 diabetic compared with nondiabetic first acute myocardial infarction patients. Diabetes Care. 2010;33:2004-9.
- Alzamora M, Forés R, Baena-Díez J, Pera G, Toran P, Sorribes M, et al. The Peripheral Arterial disease study (PERART/ARTPER): prevalence and risk factors in the general population. BMC Public Health. 2010;10:38.
- Mancera Romero J, Paniagua Gómez F, Martos Cerezuela I, Baca Osorio A, Ruiz Vera S, González Santos P, et al. Enfermedad arterial periférica oculta en población diabética seguida en atención primaria. Clin Invest Arterioscleros. 2010;22:154-61.
- Alonso I, Valdivielso P, Josefa Zamudio M, Sánchez Chaparro MA, Pérez F, Ramos H, et al. Rentabilidad del índice tobillo-brazo para la detección de enfermedad arterial periférica en población laboral de la Junta de Andalucía en Málaga. Med Clin (Barc). 2009;132:7-11.

doi:10.1016/j.recesp.2011.03.031

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

DOI: 10.1016/j.recesp.2011.04.004

DOI: 10.1016/j.recesp.2010.10.024

**Riesgo vascular, diabetes e índice tobillo-brazo. Respuesta****Vascular Risk, Diabetes, and the Ankle-Brachial Index. Response****Sra. Editora:**

Queríamos agradecer a Valdivieso et al<sup>1</sup> sus interesantes comentarios al original de nuestro grupo (ARTPER) publicado en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA.

Respecto a la posible distorsión de los resultados al no excluir a los diabéticos, no creemos que sea una limitación importante, ya que similares consideraciones se podrían realizar con la hipertensión arterial, puesto que también se los tratará con más frecuencia con antihipertensivos y posiblemente también con estatinas o antiagregantes, al ser más alto su riesgo cardiovascular. De hecho, el riesgo atribuible de la hipertensión es mayor que el de la diabetes mellitus, al no

diferir excesivamente la magnitud del efecto pero tener mayor prevalencia<sup>2,3</sup>.

Coincidimos en que la medición del índice tobillo-brazo (ITB) en pacientes con riesgo bajo tiene menos interés clínico que en el riesgo intermedio. Afortunadamente, disponemos de una herramienta (REASON) para priorizar el uso del ITB<sup>4</sup>, desarrollado por el grupo HERMES y nuestro grupo (ARTPER). Hasta ahora el *Inter-society Consensus* (TASC II) recomendaba practicar un ITB a pacientes asintomáticos de 50-69 años con diabetes mellitus o antecedente de tabaquismo, a los mayores de 70 años y si el riesgo cardiovascular es de un 10-20%<sup>4</sup>. La herramienta (REASON) construida y validada establece una puntuación en función del perfil de factores de riesgo para identificar a los pacientes con alta probabilidad de tener un ITB < 0,9 con una sensibilidad del 85,2%, similar al TASC II, y una especificidad del 47,2%, superior al TASC II (38,3%)<sup>4</sup>. Queda por determinar la periodicidad con que debería practicarse y/o repetirse el ITB, cuestión que precisa el seguimiento de cohortes y el consenso de grupos de expertos.

José M. Baena-Díez<sup>a,b,\*</sup>, María T. Alzamora<sup>c,d,e</sup>, Rosa Forés<sup>c</sup>  
y Guillem Pera<sup>e</sup>, en representación del estudio ARTPER

<sup>a</sup>Centro de Salud La Marina, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

<sup>b</sup>IDIAP Jordi Gol, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

<sup>c</sup>Centro de Salud Riu Nord-Riu Sud, Institut Català de la Salut, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España

<sup>d</sup>Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

<sup>e</sup>Unitat de Recerca Metropolitana Nord, Institut Català de la Salut, Mataró, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [jbaena@imim.es](mailto:jbaena@imim.es) (J.M. Baena-Díez).

On-line el 16 de junio de 2011

## BIBLIOGRAFÍA

1. Baena-Díez JM, Alzamora MT, Forés R, Pera G, Torán P, Sorribes. et al. El índice tobillo-brazo mejora la clasificación del riesgo cardiovascular: estudio ARTPER/PERART. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:186-92.
2. Alzamora MT, Forés R, Baena-Díez JM, Pera G, Toran P, Sorribes M, et al. The peripheral arterial disease study (PERART/ARTPER): prevalence and risk factors in the general population. *BMC Public Health.* 2010;10:38.
3. Ramos R, Quesada M, Solanas P, Subirana I, Sala J, Vila J, et al. Prevalence of symptomatic and asymptomatic peripheral arterial disease and the value of the ankle-brachial index to stratify cardiovascular risk. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2009;38:305-11.
4. Ramos R, Baena-Díez JM, Quesada M, Solanas P, Subirana I, Sala J, et al. Derivation and validation of REASON: a risk score identifying candidates to screen for peripheral arterial disease using ankle brachial index. *Atherosclerosis.* 2011;214:474-9.

doi:10.1016/j.recesp.2011.04.004

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

DOI: 10.1016/j.recesp.2011.03.031

## Desigualdades para las que no tenemos explicación, un fenómeno reproducible en distintas áreas poblacionales

### *Inequalities for Which We Have No Explanation, a Reproducible Phenomenon in Different Local Health Districts*

#### Sra. Editora:

Hemos leído con atención el artículo de Riesgo et al<sup>1</sup> acerca de diferencias según el sexo en el manejo de los pacientes con fibrilación auricular, en el que, efectivamente, se muestra que el manejo de dicha enfermedad es diferente en las mujeres, lo cual creemos que es un fenómeno reproducible desde hace mucho tiempo para cualquier enfermedad cardiovascular<sup>2</sup>.

Riesgo et al explican dichas diferencias como causa de un manejo más conservador, que atribuyen al mayor tiempo de evolución de la arritmia en las mujeres a su diagnóstico. Por otra parte, según los autores, el diseño del estudio, al centrar la valoración en un área básica de salud, evitó los sesgos de selección de otros estudios más centrados en centros terciarios o de referencia para el tratamiento de la fibrilación auricular, lo que en ocasiones motiva diferencias. Al final de su discusión, los autores intuyen ciertas desigualdades para las que no tienen explicación.

En un registro reciente sobre fibrilación auricular con 798 pacientes, realizado por médicos de familia de un área geográfica del noroeste de Galicia<sup>3</sup>, se muestran datos completamente reproducibles pues, a pesar de un tiempo de evolución de la arritmia significativamente menor respecto a los varones, las mujeres presentan un menor número de cardioversiones eléctricas (el 5 frente al 10%) y un mayor uso de digoxina (el 41 frente al 30%). Estos resultados quizá reflejen de nuevo esa tendencia al manejo conservador por motivos de sexo, como ocurre en otras enfermedades cardiovasculares, con la salvedad de que, además de no darles un tratamiento beneficioso, en este caso se les administra en mayor proporción un tratamiento que se viene asociando con

una peor adaptación al ejercicio, cuya indicación principal en las últimas guías de fibrilación auricular es la vida inactiva, y que «puede producir efectos adversos (que ponen en riesgo la vida) y, por lo tanto, debe instaurarse de forma prudente»<sup>4</sup>.

Rafael Vidal-Pérez<sup>a,\*</sup>, Fernando Otero-Raviña<sup>b</sup>, Pilar Mazón Ramos<sup>a</sup>  
y José Ramón González-Juanatey<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, A Coruña, España

<sup>b</sup>Sección de Coordinación Asistencial, SERGAS, Santiago de Compostela, A Coruña, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [rafavidal@hotmail.com](mailto:rafavidal@hotmail.com) (R. Vidal-Pérez).

On-line el 14 de junio de 2011

## BIBLIOGRAFÍA

1. Riesgo A, Sant E, Benito L, Hoyo J, Miro O, Mont L, et al. Diferencias de género en el manejo de los pacientes con fibrilación auricular: análisis de base poblacional en un área básica de salud. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:233-6.
2. Conthe P, Lobos JM, González-Juanatey JR, Gil A, Pajuelo J, Novials A. Diferencias en la atención de las mujeres con alto riesgo cardiovascular respecto a los varones: estudio multidisciplinar. *Med Clin (Barc).* 2003;120:451-5.
3. García-Castelo A, García-Seara J, Otero-Raviña F, Lado M, Vizcaya A, Vidal JM, et al. Prognostic impact of atrial fibrillation progression in a community study: AFBAR Study (Atrial Fibrillation in the Barbanza Area Study). *Int J Cardiol.* 2010. doi: 10.1016/j.ijcard.2010.08.042.
4. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, et al. Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular. Versión corregida 23-12-2010. *Rev Esp Cardiol.* 2010;63:1483.e1-1483.e83.

doi:10.1016/j.recesp.2011.03.028

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

DOI: 10.1016/j.recesp.2011.04.007

DOI: 10.1016/j.recesp.2010.04.002