

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 al¹ 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 clínica². 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 4,4³. Aunque se puede argumentar que la diabetes tipo 2 no sea un equivalente coronario en el noreste español⁴, no es menos cierto que la diabetes es un predictor, independiente de edad y sexo, de ITB < 0,9, como este mismo estudio confirma⁵ y que un ITB < 0,9 aparece hasta en un 27% de los sujetos ambulatorios con diabetes tipo 2⁶.

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 aparecía claudicación intermitente⁷; un 33% de los pacientes de esta serie con ITB < 0,9 eran claudicantes⁵. 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^{a,*}, José Mancera-Romero^b
y Miguel Angel Sánchez-Chaparro^a

^aServicio de Medicina Interna, Hospital Virgen de La Victoria, Málaga, España

^bCentro 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 al¹ 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^{2,3}.

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 ITB⁴, 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%⁴. 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%)⁴. 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.