

- frailty index and the phenotype. *Exp. Gerontol.* 2016;79:55–60, <http://dx.doi.org/10.1016/j.exger.2016.03.016>.
2. Duran Badillo T, Aguilar RM, Martínez ML, Rodríguez T, Gutiérrez G, Vázquez L. Depresión y función cognitiva en adultos mayores de una comunidad urbano-marginal. *Enferm Univ.* 2013;10:36–42.
 3. Castell Alcalá MV, Otero Puime A, Sánchez Santos MT, Garrido Barral A, González Montalvo JI, Zunzunegui MV. Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con morbilidad y discapacidad. *Aten Primaria.* 2010;42:520–7.
 4. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56. M 146–56.
 5. Calderón Narváez G. Cuestionario clínico para diagnosticar depresión. *Rev Med IMSS.* 1992;30(5/6):377–80.

Ana L. Salcedo Rocha, Javier E. García de Alba García* y Susana de la Rosa Hernández

Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud (UISESS), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Guadalajara, Jalisco, México

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Javier_91046@yahoo.com (J.E. García de Alba García).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.02.005>
0212-6567/

© 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cribado oportunista de arteriopatía periférica en pacientes hipertensos de mediana edad que acuden al centro de salud[☆]



Opportunistic screening for peripheral arterial disease in middle-aged hypertensive patients attended in a primary health center

Sr. Editor:

El manejo de los factores de riesgo cardiovascular (RCV) constituye uno de los principales problemas de salud atendidos en la consulta de atención primaria. Su mal control influye en el aumento de la arteriosclerosis, que en España causa 124.000 muertes anuales. Una de las consecuencias es la enfermedad arterial periférica (EAP), cuya manifestación clínica es la claudicación intermitente¹. La EAP está infra-diagnosticada, ya que solo el 25% de los pacientes refieren sintomatología².

La revisión del Consenso Internacional para el Manejo de la EAP³ recomienda el uso del índice tobillo-brazo (ITB) para su estudio. Está indicado en pacientes con sintomatología de claudicación intermitente, puntuación de riesgo intermedio de Framingham, edad superior a 70 años y pacientes entre 50 y 70 años con factores de RCV, especialmente diabéticos y fumadores. En pacientes entre 50 y 70 años con hipertensión el despistaje de EAP mediante ITB no tiene una fuerte recomendación. La última guía para el manejo de pacientes con EAP de la AHA-ACC⁴ recomienda la realización de ITB en pacientes asintomáticos entre 50 y 64 años si existe un fac-

tor de RCV (diabetes, historia de tabaquismo, dislipidemia y también hipertensión).

Se plantea un estudio con el objetivo de estimar la proporción de EAP no diagnosticada en hipertensos de mediana edad que acuden a la consulta de atención primaria, con el fin de detectar la enfermedad y replantear los objetivos de control de su RCV.

El diseño del estudio es descriptivo transversal y se ha desarrollado en el Centro de Salud Coll d'en Rabassa, en Palma de Mallorca, entre septiembre de 2016 y abril de 2017. Se incluyeron hipertensos de entre 50 y 69 años que acudieron a consulta; se excluyeron pacientes con evento cardiovascular previo, ITB > 1,4, EAP diagnosticada, enfermedad avanzada o impedimento físico, desplazados y los que no firmaron el consentimiento. Se calculó como necesaria una muestra de 131 pacientes válidos para estimar con una precisión de $\pm 5\%$, para un porcentaje esperado del 9,5% con un error tipo α del 0,05. La variable principal fue el valor de ITB con sonda doppler (Edan SonoTrax[®]), considerándose patológico un ITB > 0,9. Otras variables a considerar fueron: edad, sexo, tensión arterial, tabaquismo, diabetes, RCV según ReGiCor y claudicación intermitente (test de Edimburgo). El análisis estadístico descriptivo fue con medias y desviaciones estándar, frecuencias absolutas y relativas, y estimación de intervalos de confianza al 95%.

Se incluyeron 145 pacientes, hubo 16 pérdidas (11%) por abandono de casos preseleccionados, y se estudiaron 129 pacientes válidos. Solo 4 tenían un ITB previo. Resultaron 12 casos con un valor del ITB alterado, que representan el 9,32% (intervalo de confianza al 95% 3,8–14,7), ninguno con ITB previo. En la [tabla 1](#) se resumen los resultados de los pacientes con ITB normal y alterado.

Las indicaciones de realización de ITB en pacientes hipertensos difieren en las guías actuales^{3,4}. Los resultados hallados concuerdan con los obtenidos en otro estudio llevado a cabo en Barcelona⁵. A pesar de las limitaciones (muestra reducida y realización en un único centro), pensamos que los resultados son de interés, máxime cuando la realización del ITB es una prueba incruenta y realizable en la mayoría de los centros. Asimismo, los pacientes hipertensos acuden a consulta periódicamente, por lo que se puede plantear case-finding de pacientes con EAP. El ITB oportunístico

[☆] El proyecto de este trabajo ha sido presentado en formato póster en el 36.º Congreso SemFYC, en el IV Balearic Meeting of European Residents and Young GPs de la Ibamfic y en la Jornada de Investigación en Atención Primaria de Mallorca 2016, obteniendo el primer premio. Los resultados preliminares han sido presentados en el 37.º Congreso SemFYC.

Tabla 1 Resultados del cribado oportunístico del índice tobillo-brazo en pacientes hipertensos

Variables	ITB patológico (< 0,9)		ITB normal (≥ 0,9-1,4)		Total pacientes	
	n (%)	IC 95%	n (%)	IC 95%	n (%)	IC 95%
Sexo						
Mujeres	5 (41,7)	15,16-72,33	62 (53)	43,52-62,46	67 (51,9)	42,93-60,95
Varones	7 (58,3)	27,67-84,83	55 (47)	37,54-56,48	62 (48,1)	39,05-57,07
Edad						
Media (DE) en años	59,3 (6)	55,5-63,1	60,1 (5,6)	59,1-66,1	60 (5,6)	59-61
Tabaco						
No fumadores	4 (33,3)	9,92-65,11	54 (46,2)	36,69-55,61	58 (45)	33,99-53,93
Exfumadores	3 (25)	5,49-57,19	39 (33,3)	24,36-42,30	42 (32,6)	24,08-41,03
Fumadores	5 (41)	15,16-72,33	24 (20,5)	12,77-28,26	29 (22,5)	14,89-30,07
Tratados con 3-4 fármacos anti-HTA	2 (18,2)	2,28-51,78	14 (12)	5,66-18,27	16 (12,4)	6,33-18,48
Diabetes mellitus						
No	6 (50)	21,09-78,91	92 (78,6)	71,51-87,11	98 (76)	62,21-83,73
Sí	6 (50)	21,09-78,91	24 (21,4)	12,89-28,49	31 (24)	16,27-31,72
ReGiCor						
Bajo (< 5)	4 (33,3)	9,92-65,11	53 (45,3)	35,85-54,75	57 (44,2)	35,23-53,14
Intermedio (5-9,99)	5 (41,7)	15,16-72,33	55 (47)	37,54-56,48	60 (46,5)	37,52-55,51
Alto (10-14,99)	2 (16,7)	2,09-48,41	8 (6,8)	1,84-11,84	10 (7,8)	2,75-12,75
Muy alto (> 15)	1 (8,3)	0,21-38,48	1 (0,9)	0,02-4,67	2 (1,6)	0,19-5,49

DE: desviación estándar; IC 95%: intervalo de confianza al 95%; ITB: índice tobillo-brazo.

entre hipertensos que acuden a consulta permite identificar un nuevo caso de 9-10 estudiados, algunos sin factores de riesgo destacables o con ReGiCor intermedio-bajo, por lo que su rendimiento es alto.

A modo de conclusión, este podría ser un factor a plantear en el manejo del hipertenso, especialmente en varones y fumadores, ya que supone reclasificar su RCV, para plantearse objetivos de prevención secundaria.

Bibliografía

- Lahoz C, Mostaza J. La arteriosclerosis como enfermedad sistémica. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60:184-95.
- Escobar Oliva B, García Castillo O, Redondo de Pedro M. Enfermedad arterial periférica. *AMF.* 2014;10:484-93.
- Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG, et al. Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2007;33 Suppl 1:S1-75.
- Gerhard-Herman M, Gornik H, Barrett C, Barshes NR, Corriere MA, Drachman DE, et al. 2016 AHA/ACC guideline on the management of patients with lower extremity peripheral artery disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart

Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation.* 2017;135:e726-79.

- Oliveras V, Martín-Baranera M, Gracia M, del Val JL, Plans M, Pujol-Moix N. Importancia del índice tobillo-brazo en la reclasificación del riesgo cardiovascular de varones hipertensos asintomáticos de mediana edad. *Med Clin (Barc).* 2015;144:435-9.

María Isabel Rosell Malchirant*,
María Antonia Cantallops Borràs, Julio Francisco Fóthy,
Antonia Fe Pascual, Catalina Picornell Yanes
y Josep Maria Mendez Guillaumet

Centro de Salud Coll d'en Rabassa, Palma de Mallorca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mabelrosellm@gmail.com

(M.I. Rosell Malchirant).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.11.009>
0212-6567/

© 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).