

Estudio piloto de prevalencia de la enfermedad arterial periférica en atención primaria

E. Puras-Mallagray^a, M.A. Cairols-Castellote^b, F. Vaquero-Morillo^c

ESTUDIO PILOTO DE PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Resumen. *Objetivo. Evaluar la prevalencia de la enfermedad arterial periférica (EAP) en atención primaria (AP), mediante un estudio piloto epidemiológico transversal basado en la medición del índice tobillo-brazo (ITB). Pacientes y métodos. Medición del ITB en pacientes que acuden a la consulta de AP. Criterios de inclusión: mayores de 65 años, o entre 50 y 65 años con factores de riesgo de aterotrombosis. Se han incluido 300 pacientes, cuya media de edad es de 69 años. Un paciente fue excluido por no cumplir los criterios de inclusión. De los 299, el 48% eran varones, y el 66%, mayores de 65 años. El 86% tenía factores de riesgo de aterotrombosis: hipertensión arterial (69%), hipercolesterolemia (50%), diabetes tipo I o II (28%) y consumo de tabaco de más de 15 cigarrillos al día (12%). El 5% tenía antecedentes de enfermedad cerebrovascular, el 13% de enfermedad coronaria y el 8% de EAP. Resultados. El 23% de los 299 pacientes presentó un ITB $\leq 0,9$, es decir, EAP leve/moderada, frente al 77% con un ITB $> 0,9$. No se identificó ningún paciente con EAP grave (ITB $< 0,4$). La prevalencia de la EAP era más alta en mayores de 65 años ($p < 0,05$). El 31% de los ITB $< 0,9$ se derivó a Cirugía Vascular. Conclusión. La prevalencia de la EAP es del 23% en AP en mayores de 50 años y es más alta en mayores de 65 años ($p < 0,05$). El ITB es una prueba sencilla al alcance de personal entrenado y constituye el marcador más significativo de cribado de EAP. [ANGIOLOGÍA 2006; 58: 119-25]*

Palabras clave. Atención primaria. Enfermedad arterial periférica. Índice tobillo-brazo. Prevalencia.

Introducción

La enfermedad arterial periférica (EAP) es una de las manifestaciones de la aterotrombosis, enfermedad sistémica, que puede afectar a todos los territorios del árbol arterial. Recientemente, ha habido un cre-

ciente interés por la identificación temprana de la EAP por ser marcador de riesgo aterotrombótico en otros territorios vasculares, en particular el coronario y el cerebral. Sin embargo, el diagnóstico de la EAP es limitado ya que la mayor proporción de pacientes con EAP es asintomática y, por tanto, sin diagnosticar. Según un estudio de Hirsch et al [1], en el ámbito de atención primaria, se observó que un 55% de los pacientes con EAP, detectados durante su participación en el estudio, no se habían diagnosticado previamente, en tanto que el porcentaje de pacientes con signos y síntomas típicos de EAP era del 11%.

Es conocido que la prevalencia de la EAP aumenta con la edad y llega hasta el 20% de la población con edad superior a los 65 años [2]. La historia natural de la EAP es, en general, benigna, y son pocos los pacientes que acabarán desarrollando complicacio-

^a Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid. ^b Servicio de Angiología y Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ^c Servicio de Angiología y Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital de León. León, España.

Correspondencia: Dr. Enrique Puras Mallagray. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Fundación Hospital Alcorcón. Budapest, 1. E-28922 Alcorcón (Madrid). E-mail: epuras@fhacorcon.es

Agradecimientos. A M. Plans, J. Salvatella, V. Oliveras, C. Campmajó, C. Gallego, M.T. Manzano, A. Pociello, M. Fernández, J.L. Pérez y M. García López, por su colaboración.

Este trabajo ha contado con la colaboración y el apoyo de Sanofi-Aventis.

© 2006, ANGIOLOGÍA

nes graves en los miembros inferiores. La tasa de riesgo de amputación a cinco años se cifra en el 2% en los pacientes con claudicación intermitente [3].

Por el contrario, la EAP es un fuerte marcador de la existencia de enfermedad aterosclerótica en otros territorios vasculares y estos pacientes ven reducida su supervivencia por eventos vasculares. En otras palabras, la EAP es un potente predictor de eventos vasculares cerebrales y coronarios (ictus e infarto de miocardio) y de riesgo de mortalidad. Si bien los pacientes con EAP sintomáticos son los que presentan más riesgo de futuros eventos, éste también está elevado en los pacientes con EAP asintomáticos. Así, la mortalidad, en un estudio con un seguimiento a 10 años, demostró que los pacientes con EAP tienen un riesgo 3,1 veces superior para la mortalidad por cualquier causa, y un riesgo 6,6 veces superior a consecuencia de cardiopatía coronaria que los pacientes sin EAP [4]. Por ello, es de gran importancia detectar la enfermedad en los pacientes con EAP, tanto en los sintomáticos como en los asintomáticos.

La historia y la exploración física por sí solas no permiten un diagnóstico correcto de EAP, en particular en la población asintomática. Un método muy eficiente para documentar de forma objetiva la presencia y gravedad de la EAP en las extremidades inferiores es la determinación del índice tobillo-brazo (ITB). Este test sencillo y barato se puede realizar en la consulta externa con un sencillo equipo de Doppler continuo y un manguito de presión. Se considera como patológico un valor de $ITB \leq 0,9$ y, por tanto, resulta predictivo de morbilidad y mortalidad asociadas a la EAP [5].

Los datos publicados recientemente [6] demuestran que en nuestro país la patología vascular supone el 5,9% de las consultas en atención primaria y, dentro de ellas, las consultas por sospecha de isquemia en miembros inferiores representan el 26,2%.

El objetivo principal de este estudio es estimar la prevalencia de la EAP mediante la medición del ITB en una población de pacientes de asistencia primaria

con riesgo de padecer una EAP. Los objetivos secundarios fueron estimar la prevalencia de EAP previamente detectada y previamente no diagnosticada en el conjunto de la población estudiada, estimar la prevalencia de EAP en la población de pacientes con factores de riesgo de aterotrombosis (sin eventos aterotrombóticos previos) y estimar la prevalencia de EAP entre los pacientes con antecedentes de enfermedad cerebrovascular o coronariopatía.

Pacientes y métodos

Se trata de un estudio piloto epidemiológico transversal, sin seguimiento de los enfermos. En una única visita, se recogen los datos correspondientes a 300 pacientes consecutivos, procedentes de seis centros de atención primaria (CAP). Los centros participantes han sido: CAP Sant Elies y CAP Marc Aureli, de Barcelona; CAP Granedo Viñedo y CAP Gregorio Marañón, de Alcorcón; y CAP José Aguado I y CAP José Aguado II, de León.

La inclusión de pacientes se realizó entre aquellos que cumplían los criterios de inclusión de manera consecutiva en los CAP, por parte de personal médico entrenado en la obtención de los ITB, durante los meses de enero y febrero de 2005. Se han incluido 50 pacientes por cada centro participante. Los datos epidemiológicos fueron recogidos por los facultativos participantes sin pasar cuaderno de encuesta directa a los pacientes.

Los criterios de inclusión para estas valoraciones fueron:

- Pacientes de edad igual o superior a 65 años.
- Pacientes de edad igual o superior a 50 años y menores de 65 años que cumplieran al menos uno de los cuatro requisitos siguientes:
 1. *Combinación de al menos dos factores de riesgo de aterotrombosis:* a) diabetes de tipo I o II tratada actualmente con fármacos hipoglucemiantes; b) nefropatía diabética documentada

Tabla I. Antecedentes aterotrombóticos.

	<i>n</i>	Respuestas
Coronariopatía	38	12,71%
Enfermedad arterial periférica	23	7,69%
Angina de pecho estable	16	5,35%
Angina de pecho inestable	12	4,01%
Intervención coronaria percutánea	12	4,01%
Derivación aortocoronaria	3	1,00%
Infarto de miocardio	12	4,01%
Claudicación intermitente actual	11	3,68%
Claudicación intermitente con intervención	6	2,01%
Lesiones tróficas	16	5,35%
Enfermedad cerebrovascular	10	3,34%
Accidente isquémico transitorio previo	8	2,68%
Ictus isquémico	3	1,00%

(microalbuminuria $\geq 30 \mu\text{g/mL}$); c) estenosis carotídea asintomática conocida; d) hipertensión arterial actualmente tratada; e) hipercolesterolemia actualmente tratada; f) fumador actual de más de 15 cigarrillos al día.

2. *Antecedentes de enfermedad cerebrovascular (uno o ambos criterios):* a) ataque isquémico transitorio (AIT) previo; b) ictus isquémico.
3. *Antecedentes de coronariopatía (uno o más criterios):* a) angina de pecho estable; b) antecedentes de angina de pecho inestable; c) antecedentes de intervención coronaria percutánea (angioplastia \pm stent, aterectomía); d) antecedentes de derivación aortocoronaria (BPAC); e) infarto agudo de miocardio (IAM) previo.
4. *EAP conocida:* a) claudicación intermitente actual; b) historia de claudicación intermitente con

intervención quirúrgica vascular previa (angioplastia, aterectomía, revascularización periférica, amputación...); c) lesiones tróficas de origen isquémico en las extremidades inferiores.

- Firma del consentimiento informado por parte del paciente

Los criterios de exclusión para el estudio fueron:

- Pacientes menores de 50 años.
- Pacientes con expectativa de vida inferior a seis meses.

Para la valoración del ITB, el paciente no debía efectuar ejercicio alguno en los últimos 15 minutos y estar en reposo en decúbito supino durante al menos 5 minutos antes de la medición. Para las mediciones se utilizó un manguito convencional de determinación de la presión sanguínea, y un equipo Doppler continuo (Hadeco, Minidop) con sonda de 8 MHz. Se valoraron las arterias tibiales posteriores y pedias de ambos MMII utilizando el valor más alto entre ambas como control para el cálculo del ITB. Para el diagnóstico de EAP, un valor de ITB $\leq 0,9$ indicaba la existencia de enfermedad arterial periférica.

Resultados

Se incluyeron 300 pacientes en los seis centros de atención primaria. Un paciente fue excluido del estudio por error de inclusión (edad de 44 años). De los 299 pacientes estudiados, 141 (48%) eran varones. La edad media para el conjunto de todos los pacientes fue de 69 años (rango: 50-101 años), el 66% (193 pacientes) mayor de 65 años. En total, 61 pacientes (23,74%), tenían antecedentes de patología aterotrombótica (Tabla I). El 86% de los pacientes presentaba factores de riesgo de aterotrombosis, el más observado, la hipertensión arterial, en el 69% de los casos, seguido por la hipercolesterolemia, en el 50% de los casos. Destaca el bajo porcentaje de fumado-

Tabla II. Factores de riesgo de aterotrombosis.

	<i>n</i>	Respuestas	Respuestas sobre pacientes con factor
Factores de riesgo	257	85,95%	100,00%
Hipertensión arterial	207	69,23%	80,55%
Hipercolesterolemia	151	50,50%	59,76%
Diabetes tipo I o II tratada con fármacos	84	28,09%	32,68%
Fumador de más de 15 cigarrillos al día	34	11,37%	13,23%
Estenosis carotídea asintomática	5	1,67%	0,02%
Nefropatía diabética	4	1,34%	0,02%

res, de sólo el 12% (Tabla II). La presión arterial sistólica presentaba un valor medio de 143,8 mmHg –intervalo de confianza (IC) al 95%: 141,53-148,00–.

En el 5% de los 148 pacientes en quienes se obtuvo respuesta se referían episodios clínicos previos (IC 95%: 1,92-9,50) de enfermedad cerebrovascular. Se obtuvo respuesta de 151 pacientes acerca de sus antecedentes de enfermedad coronaria, de los cuales 20 (13%) tenían antecedentes, frente a 131 (87%) que no tenían. Sobre el total de 147 pacientes de quienes se obtuvo información acerca de sus antecedentes de EAP, el 3% respondió afirmativamente.

La estimación global de la prevalencia de la EAP, del total de los 299 pacientes incluidos en el estudio, se cifró en el 23%, entre los que 68 pacientes presentaban un ITB $\leq 0,9$ (Tabla III). De este grupo de pacientes con arteriopatía, el 76% (de 50 pacientes) pertenece al grupo de mayores de 65 años con $p = 0,05$, es decir, la asociación entre la variable EAP y los grupos de edad establecidos es significativa. Se detectó arteriopatía leve-moderada en el 25,71% de los varones y en el 20,81% de las hembras, con $p = 0,32$, por lo que se puede afirmar que la EAP es independiente del sexo del paciente.

La tabla IV recoge los resultados de los pacientes

Tabla III. Pacientes con arteriopatía periférica detectada por el índice tobillo-brazo.

	<i>n</i>	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Sí	68	22,74	18,11	27,92
No	231	77,26	72,08	81,89
Total	299	100,00		

que no presentaban eventos previos, es decir, sin antecedentes de enfermedad cerebrovascular, coronaria, ni EAP diagnosticada. Sobre el total de 123 pacientes con estas características, 28 (el 23%) presentaban EAP (IC 95%: 15,69-31,19). De los 123 pacientes sin eventos previos, 114 tenían factores de riesgo de aterotrombosis, es decir, diabetes de tipo I o II tratada en ese instante con fármacos hipoglucemiantes, o nefropatía diabética documentada, o estenosis carotídea asintomática conocida, hipertensión arterial o hipercolesterolemia igualmente tratadas, o era fumador de más de 15 cigarrillos diarios. En la tabla V se recoge la prevalencia de EAP en estos 114 pacientes. 28 pacientes (24,56%) presentaban signos de EAP (IC 95%:

Tabla IV. Prevalencia de enfermedad arterial periférica en pacientes sin eventos previos.

	n	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Arteriopatía periférica leve-moderada	28	22,76	15,69	31,19
Sin arteriopatía periférica	95	77,24	68,81	84,31
Total	123	100,00		

Tabla V. Prevalencia en pacientes con factores de riesgo sin eventos previos.

	n	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Arteriopatía periférica leve-moderada	28	24,56	16,98	33,50
Sin arteriopatía periférica	86	75,44	66,50	83,02
Total	114	100,00		

16,98-33,50). Sin embargo, la prevalencia de EAP en pacientes con antecedentes de enfermedades cerebrovasculares y/o coronariopatías sólo fue del 19% (IC 95%: 6,56-39,34). El tratamiento farmacológico más recomendado en estos centros de asistencia primaria fue el ácido acetilsalicílico (50% de los casos), seguido de hemorreológicos (9%). En el 4% de los casos se indicó clopidogrel, y en el 1%, trifusal. Respecto al tratamiento farmacológico de los factores de riesgo, los fármacos más indicados fueron antihipertensivos, en el 69% de los casos, seguidos de hipolipemiantes (57%), antidiabéticos orales (25%), insulina (6%) y anticoagulantes (4%). Al final, y a juicio de los facultativos participantes, el 31% de los pacientes que presentó un ITB $\leq 0,9$ fue derivado a consultas de especialistas en Cirugía Vascular.

Discusión

Obtener datos sobre la prevalencia de la EAP en atención primaria es fundamental para desarrollar estrategias que mejoren el tratamiento de esta enfermedad, mediante su detección y diagnóstico, y la derivación adecuada de estos pacientes.

En general, el cálculo de las presiones distales es fácil de realizar y está libre de error. La desviación estándar entre dos cálculos realizados consecutiva-

mente es de alrededor de 5 mmHg; esta desviación se incrementa a 8-9 mmHg cuando el cálculo se realiza al día siguiente [7]. La calcificación de la media, típica de los pacientes diabéticos, al impedir la compresión de la arteria, es la responsable de la mayoría de los errores al medir las presiones distales con manguitos. En este estudio, sólo tres pacientes presentaron un ITB $> 1,3$.

Numerosos estudios epidemiológicos han señalado que la prevalencia de la EAP es alta, y que la historia natural de los pacientes que la padecen está ligada a un alto porcentaje de eventos aterotrombóticos fatales y no fatales [8-11]. Sobre los 299 pacientes de este estudio, se ha obtenido una estimación de la prevalencia de EAP en atención primaria del 23%. Este dato, al entender que casi uno de cada cuatro pacientes mayor de 65 años tiene un ITB $< 0,9$, confirma en nuestro país la hipótesis de alta prevalencia de EAP en población general.

Un estudio alemán [2], realizado en atención primaria sobre 6.880 pacientes mayores de 65 años, obtuvo una prevalencia de EAP del 19,8 y 16,8% para varones y hembras, respectivamente, muy similar a la obtenida en el estudio de Rotterdam [12], sobre 7.715 pacientes mayores de 55 años, donde la prevalencia resultó ser del 19,1%. El programa Partners [1], realizado en Estados Unidos, investigó una población diana mayor de 70 años, así como también a

pacientes entre 50-69 años con factores de riesgo mayores (diabetes mellitus y tabaquismo), y determinó una prevalencia de EAP por ITB $< 0,9$ en el 29%, algo más alta que la nuestra o la de los estudios aquí señalados.

Considerando los 114 pacientes que no presentan eventos cardiovasculares previos, pero sí factores de riesgo, la estimación de la prevalencia de EAP se eleva hasta el 25%, con un IC 95% de 18,98-33,50 (los IC 95% que se obtienen son muy amplios, dado que se trata de un estudio piloto, y los tamaños muestrales en los diferentes grupos de pacientes van disminuyendo). Este dato, conocido el valor pronóstico del ITB, proporciona información acerca del interés que puede tener determinar sistemáticamente, en atención primaria y en población mayor a 50 años con factores de riesgo cardiovascular, el ITB como elemento de reclasificación de riesgo en prevención aterotrombótica global. Lamentablemente, este trabajo no puede concluir datos sobre el valor añadido de la determinación del ITB en el cálculo de riesgo cardiovascular según la escala Framingham.

La alta prevalencia de EAP obtenida en este trabajo contrasta con los resultados publicados en nuestro país por Vicente et al [13]. Estos autores obtuvieron un ITB $< 0,9$ en el 3,8% de 1.001 sujetos atendidos en medicina primaria. No obstante, para estas determinaciones se excluyeron intencionadamente pacientes con claudicación intermitente, pacientes diabéticos o con antecedentes de patología arteriosclerosa de otros tipos, que probablemente hubieran incrementado la prevalencia obtenida. Además, la inclusión de pacientes fue voluntaria, lo cual añade un sesgo claro de selección.

Un dato sorprendente para señalar es la baja prevalencia observada en pacientes con antecedentes de coronariopatía y/o patología cerebrovascular. Este

hecho puede ser secundario a que sólo en el 50% de la serie se posee datos sobre antecedentes de estas patologías. Por el contrario, en el trabajo de Diehm [2], la frecuencia de eventos coronarios previos en pacientes con ITB $< 0,9$ se incrementaba hasta el 70%, así como también se incrementaba hasta el 97% (OR: 1,77) en el caso de eventos cerebrovasculares.

Aunque el protocolo del estudio sólo recogía pacientes con factores de riesgo en tratamiento o fumadores activos con más de 15 cigarrillos al día, es destacable la elevada prevalencia de arteriopatía en fumadores (29,41%) y pacientes con diabetes mellitus I y II (27,38%), lo que confirma de nuevo a estos factores de riesgo como los más importantes en su relación con la arteriopatía periférica.

Para conocer el verdadero alcance social de la patología de EAP en nuestro país, y las relaciones de la misma con otros cuadros de aterotrombosis, sería deseable el diseño de un estudio que incluyera un mayor número de pacientes, en todas las áreas geográficas y con un mayor grado de cumplimiento de las respuestas del protocolo.

En conclusión, la prevalencia de la enfermedad arterial de miembros inferiores en pacientes atendidos en centros de asistencia primaria es alta, y la obtención del ITB constituye un método eficaz para detectar pacientes en fases subclínicas que puedan beneficiarse de un diagnóstico precoz al igual que de medidas de prevención secundaria eficaces.

Este trabajo supone un primer paso para conocer la situación en cuanto a prevalencia y comorbilidades en nuestro país de la arteriopatía de miembros inferiores. Creemos que estos datos deben ser corroborados por estudios más ambiciosos, que incluyan a una población muestral más amplia, al igual que los realizados en otros países de nuestro entorno.

Bibliografía

1. Hirsch AT, Criqui MH, Treat-Jacobson D, Regensteiner JG, Creager MA, Olin JW, et al. Peripheral arterial disease detection, awareness and treatment in primary care. *JAMA*, 2001; 286: 1317-24.
2. Diehm C, Schuster A, Allenberg JR, Darius H, Haberl R, Lange S, et al. High prevalence of peripheral arterial disease and co-morbidity in 6880 primary care patients: cross-sectional study. *Atherosclerosis* 2004; 172: 95-105.
3. Weitz JI, Byrne J, Clagett GP, Farkouh ME, Porter JM, Sackett DL, et al. Diagnosis and treatment of chronic arterial insufficiency of the lower extremities: a critical review. *Circulation* 1996; 94: 3026-49.
4. Criqui MH, Langer RD, Fronek A, Feigelson HS, Klauber MR, Mc Cann TJ, et al. Mortality over a period of 10 years in patients with peripheral arterial disease. *N Engl J Med* 1999; 326: 381-6.
5. Mostaza JM, Vicente I, Cairols M, Castillo J, González-Juanatey JR, Pomar JL, et al. Índice tobillo-brazo y riesgo cardiovascular. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 68-73.
6. Martín-Álvarez A, Ortega-Martín JM, Fernández-Samos R, Fernández-Morán MC, Vaquero-Morillo F. Frecuentación por patología vascular en atención primaria. *Angiología* 2005; 57: 237-42.
7. Nielsen PE, Bell G, Lassen NA. Strain gauge studies of distal blood pressure in normal subjects and in patients with peripheral arterial diseases: analysis of normal variation and reproducibility and comparison to intraarterial measurements. *Scand J Clin Lab Invest* 1973; 31 (Suppl 128): S103.
8. Criqui MH, Fronek A, Barret-Connor E, Klauber MR, Gabriel S, Goodman D. The prevalence of peripheral arterial disease in a defined population. *Circulation* 1985; 71: 510-5.
9. Dormandy JA, Rutherford RB. Management of peripheral arterial disease (PAD). Transatlantic Intersociety Consensus (TASC). *J Vasc Surg* 2003; 31: S1-296.
10. Newman AB, Siscovick DS, Manolio TA, Polak J, Fried LP, Borhan NO, et al. Ankle-arm index as a marker of atherosclerosis in the cardiovascular health study. *Circulation* 1993; 88: 837-45.
11. Braunwald E, Antman EM, Beasley JW, Califf RM, Cheitlin MD, Hochman JS, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients With Unstable Angina). *J Am Coll Cardiol* 2000; 36: 970-1062.
12. Meijer WT, Hoes AW, Rutgers D, Bots ML, Hofman A, Grobbee DE. Peripheral arterial disease in the elderly: the Rotterdam Study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1998; 18: 185-92.
13. Vicente I, Lahoz C, Taboada M, García A, San Martín MA, Perol I, et al. Prevalencia de un índice tobillo-brazo patológico según el riesgo cardiovascular calculado mediante la función de Framingham. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 641-4.

A PILOT STUDY OF THE PREVALENCE OF PERIPHERAL ARTERIAL DISEASE IN PRIMARY CARE

Summary. Aim. To evaluate the prevalence rate of peripheral arterial disease (PAD) in primary care (PC) by means of a cross-sectional epidemiological pilot study based on measurements of the ankle brachial index (ABI). Patients and methods. Measurement of the ABI in patients who visit PC centres. Eligibility criteria: over 65 years of age or between 50 and 65 with risk factors for atherothrombosis. A total of 300 patients were included, their mean age being 69 years. One patient was excluded because he did not satisfy the eligibility criteria. Of the remaining 299, 48% were males. 66% were over 65 years old. 86% had risk factors for atherothrombosis, namely, arterial hypertension (69%); hypercholesterolemia (50%); type 1 or 2 diabetes (28%); smoking more than 15 cigarettes a day (12%). The study showed that 5% of them had a history of cerebrovascular disease, 13% heart disease and 8% PAD. Results. A total of 23% of the 299 patients had an $ABI \leq 0.9$, that is to say mild or moderate PAD, versus 77% with an $ABI > 0.9$. No patients were found to have severe PAD ($ABI < 0.4$). The rate of prevalence of PAD was higher in those aged above 65 ($p < 0.05$). Of the cases of $ABI < 0.9$, 31% were referred to vascular surgery. Conclusion. The prevalence rate of PAD is 23% in PC in patients above the age of 50 and is higher in those over 65 years old ($p < 0.05$). The ABI is a simple test that can be utilised by trained members of staff and is the most powerful marker in screening for PAD. [ANGIOLOGÍA 2006; 58: 119-25]

Key words. Ankle brachial index. Peripheral arterial disease. Prevalence. Primary care.