

Peripheral Arterial Disease study (PERART): prevalence and predictive values of asymptomatic peripheral arterial occlusive disease related to cardiovascular morbidity and mortality

Alzamora MT, Baena-Díez JM, Sorribes M, Forés R, Toran P, Vicheto M, Pera G, Reina MD, Albaladejo C, Llussà J, Bundó M, Sancho A, Heras A, Rubiés J y Arenillas JF; PERART study

BMC Public Health. 2007;7:348.

Antecedentes. El diagnóstico temprano de la enfermedad arteriosclerótica es esencial para desarrollar las estrategias preventivas en la población de alto riesgo, y actuar cuando la enfermedad es aún asintomática. Un índice tobillo-brazo (ITB) bajo es un buen marcador de episodios vasculares, y puede estar disminuido sin presentar sintomatología (enfermedad arterial periférica silente). El objetivo del estudio PERART (PERipheral ARTerial disease) es determinar la prevalencia de la enfermedad arterial periférica (tanto silente como sintomática) en una población general de ambos性 y determinar su valor predictivo en relación con la morbimortalidad (estudio de cohortes).

Métodos y diseño. Este estudio de cohortes transversal consta de 2 fases: a) primero, una descriptiva transversal para determinar la prevalencia de la arteriopatía periférica, y b) después, un estudio de cohortes para evaluar el valor predictivo del ITB en relación con la morbimortalidad cardiovascular.

Desde septiembre de 2006 a junio de 2007, se seleccionó de forma aleatorizada a 3.010 pacientes mayores de 50 años de una población adscrita a 24 centros de salud de la provincia de Barcelona (España).

El criterio diagnóstico de la arteriopatía periférica será un ITB < 0,90, determinado mediante un Doppler portátil (sonda de 8 Mhz), medidos en 2 ocasiones por personas entrenadas. El riesgo cardiovascular se calculará con las tablas de Framingham-Wilson con un Framingham calibrado por los grupos REGICOR y SCORE. Los individuos incluidos se evaluarán cada 6 meses mediante entrevista telefónica y se revisarán los datos de la historia clínica y fallecimiento. La presencia de algunos de los episodios cardiovasculares siguientes se considerará variable de respuesta: accidente isquémico transitorio, ictus, angina, infarto de miocardio, aneu-

rismo abdominal sintomático y mortalidad vascular.

Discusión. En este estudio, esperamos determinar la prevalencia de la arteriopatía periférica, especialmente en las formas silentes, en la población general, y establecer su relación con la morbimortalidad cardiovascular. Un ITB bajo puede ser un marcador más fiable de enfermedad arterial que los factores de riesgo cardiovascular clásicos, con lo que, por lo tanto, puede contribuir a mejorar el valor predictivo de las ecuaciones de riesgo cardiovascular y, además, permitir una mejora del tratamiento multifactorial de la enfermedad arteriosclerótica.

COMENTARIO

El estudio PERART (PERipheral ARTerial disease) es un protocolo que se está realizando con el fin de determinar la prevalencia de la enfermedad arterial periférica (EAP), tanto sintomática, como no, en una zona de Barcelona. Esta enfermedad se va a observar mediante el índice tobillo-brazo (ITB) en un total de 3.010 pacientes asignados a 24 centros de salud, con la intención de describir no sólo la prevalencia, sino también el valor predictivo del ITB en la morbimortalidad cardiovascular. Partiendo de que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en España, que el poder predictivo y la sensibilidad de las tablas de riesgo cardiovascular son bajos, y que la EAP permanece silente durante años, se considera importante su diagnóstico para identificar a pacientes con arteriosclerosis subclínica y la estrategia a seguir. Sin embargo, los antecedentes de que se dispone y la aplicación clínica de éstos son, en ocasiones, dispares, ya que el estudio ARIC (Atherosclerosis Risk in Communities Study) se centraba de manera importante en la raza negra¹, y destacaba su asociación con el accidente cerebrovascular, al contrario de lo que sucedía con el Cardiovascular Health Study². Por otro lado, la prevalencia de la EAP varía mucho en función del tipo de población y su enfermedad, con un rango entre un 1,8 y un 25%. En España, no tenemos estudios en población general, pero precisamente por su gran variabilidad y poca sensibilidad (aunque la especificidad sea muy alta) no parece que sea muy rentable, si no se realiza con una muestra seleccionada, al menos para el control de algún factor de riesgo cardiovascular. De hecho, ya se realizó un estudio con una muestra menor, el llamado estudio VITAMIN³, en una población seleccionada o ingresada, con gran rentabilidad. El ITB es sencillo e inocuo, pero requiere personal dedicado a ello, y entre 15 y 20 min por paciente. La segunda fase del estudio puede ser mucho más satisfactoria y útil en la práctica clínica. Lamentablemente, se circunscribe a una zona pequeña, aunque incluya a 24 centros de salud. Entre las variables del estudio podrían incluirse los valores de homocisteína y la función renal, ya que, tanto la elevación de la homocisteína, como la insuficiencia renal, pueden ser factores de riesgo independiente para la presencia de episodios vasculares.

lares en pacientes con EAP sintomática⁴. El resto de datos recogidos es muy completo, incluida la medicación habitual, que en muchas ocasiones, como norma, no se realiza. Un dato de gran provecho habría sido conocer el Doppler carotídeo previo de los pacientes, que indicaría previamente la presencia de una arteriosclerosis subclínica, si fuera patológica. Sin embargo, este estudio es muy complejo en el ámbito de atención primaria. El seguimiento del paciente también es bueno. Todo dato que pueda ayudar a estratificar de una forma más objetiva el riesgo cardiovascular, no solamente es bienvenido, sino también, necesario. Otra valoración distinta es que obligue a aumentar las dosis de antiagregantes en un paciente antiagregado, ya que por el hecho de cambiar de riesgo no se va a antiagregar más al paciente. El hecho de no realizar el estudio a menores de 50 años no es una limitación. Lo cierto es que es necesario establecer algún criterio de selección, y sólo en algunas ocasiones habrá una indicación clara de realizarlo por debajo de esa edad, como puede ser el caso de pacientes diabéticos o con claudicación intermitente. Queda una pregunta pendiente, que debe plantearse precisamente en estudios amplios como el que nos ocupa: ¿qué va a pasar con los pacientes que tengan un ITB > 1,4? ¿Se va a tomar alguna medida hacia ellos? Son pa-

cientes que hay que considerar de alto riesgo cardiovascular⁵ y, por lo tanto, no se les debe olvidar.

C. Recarte García-Andrade

Bibliografía

1. Weatherley BD, Nelson JJ, Heiss G, Chambliss LE, Sharrett AR, Nieto FJ, et al. The association of the ankle-brachial index with incident coronary heart disease: the Atherosclerosis Risk In Communities (ARIC) study, 1987-2001. *BMC Cardiovasc Disord*. 2007;7:3.
2. Newman AB, Shemanski L, Manolio TA, Cushman M, Mittelmark M, Polak JF, et al. Ankle-arm index as a predictor of cardiovascular disease and mortality in the Cardiovascular Health Study Group. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 1999;19:238-45.
3. Manzano L, García-Díaz JD, Gómez-Cerezo J, Mateos J, Del Valle FJ, Medina-Asensio J, et al. Valor de la determinación del índice tobillo-brazo en pacientes de riesgo vascular sin enfermedad aterotrombótica conocida: estudio VITAMIN. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59: 662-70.
4. Bendermacher BLW, Teijink JA, Willigendael EM, Bartelink ML, Peters RJG, De Bie RA, et al. A clinical prediction model for the presence of peripheral arterial disease-The benefit of screening individuals before initiation of measurement of the ankle-brachial index: an observational study. *Vasc Med*. 2007;12:5-11.
5. Lahoz C, Mostaza JM. Índice tobillo-brazo: una herramienta útil en la estratificación del riesgo cardiovascular *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59:647-9.