

## Editorial

## Comentarios a la guía ESC 2024 para el tratamiento de la enfermedad arterial periférica y aórtica



## Comments on the 2024 ESC guidelines for the management of peripheral arterial and aortic diseases

Grupo de Trabajo de la SEC para la guía ESC 2024 sobre el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad arterial periférica y aórtica y Comité de Guías de la SEC <sup>◇</sup>

Historia del artículo:

On-line el 14 de diciembre de 2024

## INTRODUCCIÓN

La actualización de 2024 de la guía de práctica clínica de la ESC sobre enfermedad arterial periférica (EAP) incluye también las enfermedades de la aorta y actualiza las guías de 2017 y 2014. Esta actualización ha sido avalada por la *European Association for Cardio-Thoracic Surgery* (EACTS), la *European Reference Network on Rare Multisystemic Vascular Diseases* (VASCERN) y la *European Society of Vascular Medicine* (ESVM)<sup>1</sup>. Además de las aportaciones de profesionales sanitarios de numerosas disciplinas, los pacientes también contribuyeron a la actualización mediante la medición de resultados comunicados por el paciente (*patient-reported outcome measures* [PROM]) y la medición de la experiencia percibida por el paciente (*patient-reported experience measures* [PREM]) incluidas en las recomendaciones de la guía (figura 1).

Este nuevo documento unifica el concepto de enfermedad arterial periférica y aórtica (EAPA) como una entidad caracterizada por su gran prevalencia y una morbimortalidad importante. Surgen 2 conceptos fundamentales: la toma de decisiones compartida con los pacientes y un enfoque multidisciplinario para el tratamiento de pacientes complejos o intervenciones en centros con gran volumen asistencial y gran especialización.

## ¿QUÉ NOVEDADES INCLUYE LA GUÍA?

## Evaluación de las arterias periféricas y la aorta

Como novedad, se recomienda adoptar un enfoque integral que aborde toda la circulación arterial. Ello comprende una valoración objetiva mediante cuestionarios o pruebas específicas para evaluar la capacidad funcional y los trastornos depresivos.

## VÉASE EL ARTÍCULO RELACIONADO:

<https://secardiologia.es/cientifico/guias-clinicas/prevencion-riesgo-cardiovascular/15238-2024-esc-guidelines-for-the-management-of-peripheral-arterial-and-aortic-diseases>.

Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [javiertorresllergo@gmail.com](mailto:javiertorresllergo@gmail.com) (J. Torres Llergo).

<sup>◇</sup> Los nombres de todos los autores del artículo figuran por orden alfabético en el Anexo A.

La guía revisa las diversas modalidades de imagen disponibles para evaluar la aorta torácica y abdominal. Se ofrecen comentarios detallados sobre cómo deben llevarse a cabo las mediciones con diferentes técnicas sin modificar las recomendaciones (tabla 1).

## Cribado de enfermedades carotídea, arterial periférica y aórtica

No se recomienda el cribado sistemático de la EAP, excepto en pacientes mayores de 65 años con factores de riesgo (IIa C). También se propone que, a los pacientes con diabetes o con enfermedad renal crónica que tengan un índice tobillo-brazo (ITB) normal en reposo, se les realice una prueba de índice dedo-brazo.

La enfermedad arterial de múltiples vasos (EAMV) se define como la existencia de aterosclerosis en 2 o más lechos vasculares. Aunque no se propone directamente identificarla, se reconoce que la EAMV añade valor en la reclasificación del riesgo de los pacientes con riesgo intermedio o alto. Ello permite identificar a los pacientes que pueden beneficiarse de tratamientos preventivos más intensivos o de estrategias que combinan el tratamiento antiagregante plaquetario y la anticoagulación a dosis bajas (estrategia COMPASS).

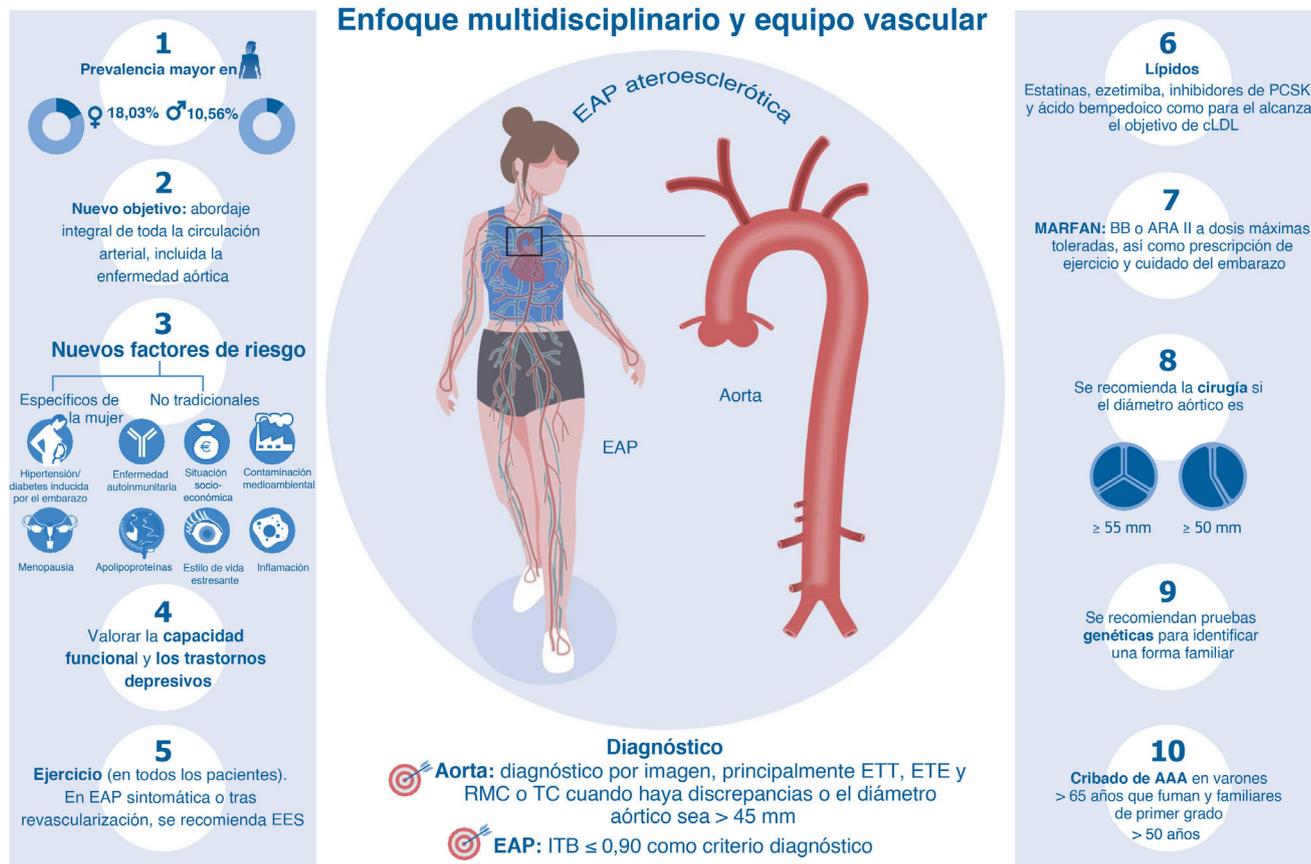
En cuanto al cribado de aneurisma aórtico abdominal, se recomienda la ecografía Doppler (ED) (I A) para varones mayores de 65 años que fuman y para familiares de primer grado mayores de 50 años (I C). También se valora la detección oportunista del aneurisma aórtico abdominal en pacientes con EAP estudiados con ED. Es interesante que los cardiólogos también puedan valorar el cribado oportunista de varones mayores de 65 años y mujeres mayores de 75 años cuando se les hace una ecocardiografía, incluso en ausencia de riesgo (IIa B).

## Tratamiento médico óptimo

El tratamiento óptimo de la EAPA conlleva un enfoque sinérgico que combina tratamiento farmacológico y modificaciones del estilo de vida. Los cambios clave en el estilo de vida incluyen: a) mantener una dieta mediterránea; b) practicar regularmente actividad física para mejorar la capacidad funcional, y c) dejar de fumar para reducir la progresión de la enfermedad. Instruir al paciente y los programas estructurados de apoyo también son fundamentales en la promoción del autocuidado y la mejora de la

# Enfermedad arterial periférica y aórtica (EAPA)

## Enfoque multidisciplinario y equipo vascular



**Figura 1.** Figura central. Enfermedad arterial periférica y aórtica, abordaje multidisciplinario y equipo vascular. AAA: aneurisma de la aorta abdominal; ARA-II: antagonistas del receptor de la angiotensina II; BB: bloqueadores beta; EAP: enfermedad arterial periférica; EES: entrenamiento con ejercicio supervisado; ETE: ecocardiografía transesofágica; ETT: ecocardiografía transtorácica; iPCSK9: inhibidor de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9; RMC: resonancia magnética cardíaca; TCC: tomografía computarizada cardíaca.

**Tabla 1**  
Aneurismas de la aorta torácica y abdominal: etiología, detección y métodos diagnósticos

Métodos	AAT		Aneurisma de la aorta abdominal
Etiología	Raíz y aorta ascendente EATH Válvula aórtica bicúspide AAT esporádico Aterosclerosis	Aorta descendente Aterosclerosis Aortitis (infecciosa o no) Traumatismo Coartación	Degeneración de la media Inflamación Enfermedades genéticas Infección Aterosclerosis
Cribado	ETT		ED
Diagnóstico	ETT o ETE más TCC o RMC		ED o EDC, TCC o RMC

AAT: aneurisma de la aorta torácica; EATH: enfermedad de la aorta torácica hereditaria; ED: ecografía Doppler; EDC: ecografía Doppler con contraste; ETE: ecocardiografía transesofágica; ETT: ecocardiografía transtorácica; RMC: resonancia magnética cardiovascular; TCC: tomografía computarizada cardiovascular.

adherencia terapéutica, lo que mejora aún más los resultados clínicos.

El tratamiento farmacológico de la EAPA se centra en abordar la fisiopatología subyacente, reducir el riesgo cardiovascular (CV) y enlentecer la progresión de la enfermedad, y se describe a continuación.

### Tratamiento antitrombótico

Para los pacientes con EAP asintomática, la evidencia disponible no respalda el tratamiento habitual con antiagregantes plaquetarios. Sin embargo, se puede valorar el ácido acetilsalicílico (AAS) (75-100 mg) para pacientes diabéticos sin contraindicaciones (IIb

A). Para pacientes con EAP sintomática, un solo antiagregante plaquetario, ya sea AAS o clopidogrel, continúa siendo el tratamiento a largo plazo preferido (I A). Como novedad, la guía ahora recomienda la combinación de rivaroxabán (2,5 mg 2 veces al día) y AAS (100 mg 1 vez al día) para pacientes con EAP y alto riesgo isquémico, comorbilidades de alto riesgo (IIa A) o para los sometidos a revascularización de las extremidades inferiores (IIa B) siempre que su riesgo hemorrágico no esté elevado.

### Tratamiento antihipertensivo

La presión arterial sistólica debe tratarse para conseguir objetivos de control de 120-129 mmHg, aunque pueden requerirse

márgenes personalizados en pacientes mayores o frágiles. Los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) o los antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA-II) deben considerarse antihipertensivos de primera línea. En muchos casos se requiere el tratamiento combinado con diuréticos, bloqueadores beta y antagonistas del calcio para lograr un control óptimo de la presión arterial.

#### *Tratamiento hipolipemiente*

En pacientes con EAPA aterosclerótica, el objetivo terapéutico es reducir el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) al menos un 50% y alcanzar un objetivo de cLDL < 55 mg/dl. Se recomiendan las estatinas para todos los pacientes con EAP. Si los objetivos de cLDL no se alcanzan con la monoterapia con estatinas, se recomienda añadir ezetimiba o inhibidores de la PCSK9. Para pacientes con intolerancia a las estatinas que no logran su objetivo de cLDL con ezetimiba sola, se recomienda incorporar ácido bempedoico, ya sea en monoterapia o en combinación con un inhibidor de la PCSK9.

#### *Tratamiento antidiabético*

Es fundamental cribar la diabetes y la prediabetes en pacientes con EAPA, ya que el tratamiento optimizado influye considerablemente en los resultados clínicos. Se recomienda tener como objetivo cifras de glucohemoglobina del 7%, con umbrales más altos para aquellos con poca esperanza de vida. La guía recomienda priorizar los inhibidores del cotransportador 2 de sodio y glucosa y los agonistas del receptor del péptido 1 similar al glucagón, que han demostrado beneficios CV. Estos deben preferirse a los fármacos sin beneficio o seguridad CV demostrados, seguidos de los fármacos con seguridad CV demostrada.

#### *Tratamiento con ejercicio*

El tratamiento médico óptimo de pacientes con EAP sintomática incluye entrenamiento con ejercicio supervisado (EES), que tiene el mayor nivel de evidencia (Ia). El EES es seguro y mejora la distancia de ergometría en cinta (máxima y sin dolor), la calidad de vida relacionada con la salud y la aptitud cardiorrespiratoria. Sin embargo, no se ha demostrado que el ejercicio mejore el ITB. Los programas de EES deben llevarse a cabo al menos entre 30 y 60 min 3 veces por semana durante un mínimo de 12 semanas.

En el caso de pacientes con EAP sintomática que sufren deterioro de la calidad de vida relacionada con la EAP después de 3 meses de tratamiento médico óptimo y tratamiento con ejercicio, se puede valorar la revascularización (IIb B). Para los sometidos a revascularización intravascular, se recomienda EES como tratamiento adyuvante (I A) por sus mejoras significativas en el rendimiento al caminar, la calidad de vida relacionada con la salud y la reducción de futura necesidad de revascularización.

Cuando el EES no está disponible, se debe recomendar el entrenamiento con ejercicios en casa o modalidades alternativas, como fortalecimiento muscular, ergómetro de brazos, ciclismo y combinaciones de estos (IIa A). La evidencia sobre la intensidad óptima para el entrenamiento con ejercicio es menos sólida. Aunque el ejercicio de alta intensidad es menos eficaz que el de intensidad ligera o moderada para mejorar la distancia a pie, ofrece mayores beneficios para la aptitud cardiorrespiratoria<sup>2,3</sup>. Por esta razón, el ejercicio de alta intensidad tiene una recomendación IIa A.

Los programas de entrenamiento deben comenzar con una intensidad baja o moderada y progresar gradualmente hacia el ejercicio de alta intensidad si se tolera bien. Este enfoque permite

evaluar la respuesta y el cumplimiento del paciente al tiempo que se reducen las complicaciones.

### **Enfermedad genética y congénita de la aorta**

A causa de la complejidad y la escasez de pruebas, ante la sospecha de enfermedad aórtica genética, la guía recomienda que se evalúe en centros especializados con genetistas clínicos a los pacientes y sus familiares de primer grado. La guía también ofrece un algoritmo de cribado específico para la enfermedad de la aorta torácica. Se recomienda una evaluación exhaustiva de toda la aorta y otras regiones vasculares de pacientes con enfermedad hereditaria de la aorta torácica. Tanto las pruebas genéticas como las pruebas de imagen, principalmente ecocardiografía transtorácica, resonancia magnética cardiovascular o tomografía computarizada cardiovascular si la raíz de la aorta o la aorta ascendente no se visualizan bien, son fundamentales para diagnosticar la enfermedad hereditaria de la aorta torácica en pacientes y familiares. En pacientes con una fuerte sospecha de una anomalía genética subyacente pero sin una causa genética identificada, se debe considerar la reevaluación genética en 3-5 años.

Como novedad, se aportan recomendaciones específicas para considerar imágenes o cirugía para pacientes con síndrome de Turner, síndrome de Ehlers-Danlos o síndrome de Loeys-Dietz. En cuanto al síndrome de Marfan, las principales recomendaciones se centran en el seguimiento con técnicas de imagen, el tratamiento médico (bloqueadores beta o ARA-II a las dosis máximas toleradas), la prescripción de ejercicio y los cuidados durante el embarazo.

La recomendación de adoptar nuevas nomenclatura y clasificación de consenso internacional de pacientes con válvula aórtica bicúspide y enfermedad de la aorta, en sustitución de varias nomenclaturas en competencia, es un avance positivo. Se continúa recomendando la cirugía para la enfermedad de la aorta bicúspide cuando el diámetro aórtico máximo sea  $\geq 55$  mm. Como nueva recomendación, se aconseja la cirugía del fenotipo de la raíz (IB) de la aorta bicúspide cuando el diámetro aórtico máximo sea  $\geq 50$  mm.

### **Enfermedad arterial periférica polivascular y enfermedad arterial periférica en pacientes con cardiopatías**

#### *Enfermedad polivascular*

En la nueva guía se ha sustituido el término EAMV por enfermedad polivascular (EPV). Esta entidad se define como la existencia simultánea de lesiones ateroscleróticas obstructivas clínicamente relevantes por lo menos en 2 territorios arteriales principales. Es frecuente en pacientes con aterosclerosis y aumenta de forma independiente el riesgo de eventos CV graves. Aunque el beneficio clínico del cribado sistemático de EPV es cuestionable, puede ser útil para identificar a los pacientes en alto riesgo y orientar las decisiones terapéuticas. En este contexto, se debe valorar una combinación de rivaroxabán (2,5 mg 2 veces al día) y AAS (100 mg 1 vez al día) para pacientes con EPV sintomática en al menos 1 territorio que no tengan alto riesgo de hemorragia (IIa A). Para pacientes con EPV, se recomienda reducir el cLDL al menos un 50% del basal, con un objetivo < 1,4 mmol/l (< 55 mg/dl), junto con un tratamiento proactivo de todos los factores de riesgo modificables mediante cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico.

El cribado de estenosis carotídea por ED en pacientes estables programados para cirugía de revascularización coronaria que han sufrido un accidente isquémico transitorio o ictus en los últimos

**Tabla 2**  
Evaluación preoperatoria y seguimiento inicial de los pacientes

Tratamiento perioperatorio de pacientes con raíz aórtica y aneurisma de la aorta ascendente intervenidos con cirugía					
Antes de la cirugía	ETT y ETE Evaluación de la válvula aórtica	Dilatación de la UST	Dilatación de la UST y la raíz aórtica	Dilatación del anillo	Enfermedad de la válvula aórtica
	Evaluación mediante TCC o RMC del anillo/raíz/aorta ascendente	Injerto tubular supracomisural	Se conserva la válvula aórtica	Anuloplastia	Intervención de Bentall
Antes del alta	ETT Complicaciones cardíacas inmediatas		TCC o RMC Descartar complicaciones aórticas		
1 mes	ETT Función y gradientes de la válvula aórtica Evaluación de la raíz aórtica y la aorta ascendente proximal				
A partir de 1 año	ETT Función y gradientes de la válvula aórtica Evaluación de la raíz aórtica y la aorta ascendente proximal		TCC o RMC Evaluación de la progresión de la enfermedad aórtica y descartar complicaciones		
	Bioprótesis ETT/año	Prótesis mecánica o válvula nativa: ETT basada en gradientes, síntomas o IVA residual	Aorta totalmente reparada: seguimiento a los 2 años y luego cada 5 años	Aorta no reparada por completo: enlace con el algoritmo de seguimiento del aneurisma	

ETE: ecocardiografía transesofágica; ETT: ecocardiografía transtorácica; IVA: insuficiencia valvular aórtica; RMC: resonancia magnética cardiovascular; TCC: tomografía computarizada cardiovascular; UST: unión sinotubular.

6 meses y sin revascularización carotídea ha bajado a clase IIa, nivel B.

#### EAP e insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular y estenosis aórtica

La guía destaca el considerable impacto de la concomitancia de insuficiencia cardíaca o fibrilación auricular y EAP en los eventos CV y la mortalidad. En estos pacientes están justificadas las estrategias intensivas de modificación de los factores de riesgo y optimización del tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Obviamente, se recomienda la anticoagulación oral completa para aquellos con fibrilación auricular y una puntuación CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc  $\geq 2$  (I C).

Por último, la guía hace hincapié en la importancia de evaluar el sistema iliofemoral de los pacientes con implante percutáneo de válvula aórtica (I B).

## CONSECUENCIAS DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA

### Tratamiento intervencionista

#### Enfermedad arterial periférica sintomática

La nueva guía de práctica clínica recomienda tratar a los pacientes con EAP sintomática y lesiones ilíacas con angioplastia con balón, con *stent* o sin él, en las arterias ilíacas externas, o con *stent* primario en las arterias ilíacas comunes (IIa B). La guía de práctica clínica de 2024 de la *European Society for Vascular Surgery* recomienda el uso de *stents* metálicos autoexpandibles mejor que con *stents* con balón expandibles, por su menor riesgo de reestenosis y revascularización de la lesión diana al tratar lesiones de la arteria ilíaca (IIb B)<sup>4</sup>. Sin embargo, para los pacientes con lesiones ateroscleróticas aortoiliacas extensas (lesiones TASC II C/D), se prefieren los *stents* con revestimiento a los *stents* metálicos debido a las mayores tasas de permeabilidad (IIb B). Además, la guía actual recomienda los tratamientos farmacológicos como estrategia de primera elección para las lesiones femoropoplíteas (IIa A). Para pacientes con isquemia aguda de las extremidades, la guía recomienda que la revascularización se siga de tratamiento antiagregante plaquetario doble o rivaroxabán (2,5 mg 2 veces al

día) y AAS (100 mg 1 vez al día) si no están en anticoagulación por otros motivos (IIa C).

#### Aneurisma aórtico abdominal

Las recomendaciones sobre la vigilancia y el tratamiento de pacientes con aneurisma aórtico abdominal la limitan a 2 años con esperanzas de vida tanto larga como corta. Otra novedad es la recomendación de corrección programada para pacientes con aneurismas saculares  $\geq 45$  mm (IIb C).

#### Aneurisma de la aorta torácica

Se debe valorar a los pacientes con dilatación de la aorta ascendente tubular, válvula aórtica tricúspide y bajo riesgo quirúrgico previsto para el recambio de la aorta ascendente cuando el diámetro máximo exceda los 52 mm (IIa B), mientras que se recomienda cirugía para diámetros  $\geq 55$  mm (I B). Para los pacientes sometidos a cirugía por enfermedad de la válvula tricúspide que también tienen dilatación concomitante de la raíz aórtica o aorta ascendente tubular y bajo riesgo quirúrgico previsto, se debe valorar el recambio de la aorta ascendente o la raíz cuando el diámetro máximo sea  $\geq 45$  mm; de lo contrario, el umbral es 50 mm. La evaluación preoperatoria y el seguimiento inicial de los pacientes se muestran en la [tabla 2](#).

La reparación mediante cirugía abierta sigue siendo el método de referencia para pacientes sintomáticos con aneurismas del arco aórtico (I C) o pacientes asintomáticos con bajo riesgo quirúrgico y un diámetro del arco  $\geq 55$  mm (IIa B). El tratamiento híbrido o intravascular está reservado para pacientes que cumplen los criterios de intervención pero que tienen un alto riesgo quirúrgico (IIb C).

El tratamiento intravascular se prefiere a la cirugía abierta para pacientes sin enfermedad aórtica torácica hereditaria que tienen aneurismas de la aorta torácica descendente sin roturas cuando se indica un recambio programado (diámetro  $> 55$  mm) y la anatomía es adecuada (I B). Además, para pacientes con aneurismas de la aorta toracoabdominal degenerativos  $\geq 60$  mm y con anatomía adecuada, se debe considerar el recambio intravascular con endoprótesis fenestradas y/o ramificadas en centros especializados (IIa B).

Respecto a los nuevos desarrollos en el síndrome aórtico agudo, en pacientes con disección aórtica de tipo B complicada, el nivel de indicación se eleva (I A) tanto para la intervención de urgencia como para la programación del recambio intravascular como tratamiento de primera línea.

### Participación del paciente y asistencia sanitaria

La guía ESC 2024 representa un desarrollo importante en la asistencia a los pacientes con EAP y hace hincapié en un enfoque holístico y personalizado. Un aspecto clave de esta guía es la instrucción del paciente y el apoyo psicosocial, que tienen por objetivo promover cambios en el estilo de vida, como la deshabituación tabáquica, una dieta saludable y actividad física regular. Estos elementos son fundamentales para mejorar los resultados a largo plazo y prevenir la progresión de la enfermedad<sup>5</sup>. La educación descrita en esta guía se adapta a las necesidades individuales de cada paciente y tiene en cuenta sus conocimientos sanitarios y las posibles barreras culturales. Esto mejora el cumplimiento terapéutico y fomenta la autonomía de los pacientes y los cuidadores<sup>6</sup> (I A).

Una de las principales innovaciones de la actual guía es la incorporación de tecnologías digitales como las aplicaciones móviles y las calculadoras de riesgo personalizadas (IIa B). Estos recursos facilitan la prevención secundaria y el seguimiento a distancia, optimizan la adherencia terapéutica y permiten un tratamiento del paciente más eficaz y accesible. La guía destaca que estos instrumentos digitales se muestran prometedores para mejorar los resultados de los pacientes, pero el nivel de evidencia indica que son relativamente nuevos para su aplicación clínica generalizada.

Además, la participación del paciente en la toma de decisiones compartida ha cobrado importancia, ya que fomenta la autoeficacia del paciente y reduce el riesgo de hospitalización. Este enfoque centrado en el paciente también mejora la calidad de vida. La guía introduce las PREM y las PROM como medios esenciales en la evaluación de la experiencia del tratamiento del paciente como del estado funcional, mental y social (IIa B).

### LIMITACIONES

#### Epidemiología y factores de riesgo

La actual guía continúa recomendando valorar el riesgo de enfermedades CV mediante la evaluación de factores de riesgo tradicionales, como SCORE2 y SCORE OP en Europa y ASCVD en Estados Unidos. Aunque se hace referencia a estas escalas, junto con el riesgo de EAP asociado con varios factores de riesgo tradicionales y no tradicionales, la sección carece de detalles suficientes, lo cual es fundamental para la prevención de enfermedades. Además, no se menciona la escala QR4, que incorpora 7 nuevos factores de riesgo: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, discapacidades intelectuales, síndrome de Down, neoplasias hemáticas, carcinomas broncopulmonares y cánceres bucales y cerebrales. Esto pone de relieve las repercusiones de otras enfermedades importantes en la salud del corazón. La escala QR4 también identifica factores específicos de la salud de las mujeres que predicen el riesgo CV futuro, como las complicaciones de la presión arterial alta durante el embarazo y la depresión posparto. En general, la escala QR4 ofrece una estimación más precisa del riesgo de enfermedad CV que la ASCVD o la SCORE.

### Diagnóstico

Se recomienda la medición del ITB como la prueba no invasiva de primera línea para la detección y el diagnóstico de la EAP. En pacientes con dolor en las extremidades por esfuerzo que se alivia con reposo y un ITB en reposo > 0,90, las pruebas de esfuerzo con medición de ITB tras el ejercicio pueden ser una alternativa, pero no se hace una recomendación específica, a diferencia de la guía estadounidense, donde es una recomendación de tipo I<sup>7</sup>.

Las mediciones del índice pie-brazo, la presión del dedo y la presión transcutánea de oxígeno son importantes sobre todo para pacientes con arterias del tobillo no comprimibles o un ITB > 1,40. Sin embargo, la sensibilidad y la especificidad varían mucho y son frecuentes las situaciones que pueden afectar a su valor. Por lo tanto, esta recomendación debe aplicarse con precaución, sobre todo en casos dudosos.

### Equipo vascular

Un enfoque multidisciplinario es fundamental en el tratamiento de la EAP y el personal de enfermería tiene una función destacada en la coordinación de la asistencia y el seguimiento continuos (IA). Sin embargo, la guía no aborda el papel de la enfermería especializada, cuya participación podría mejorar considerablemente la eficacia de las intervenciones en pacientes con enfermedades crónicas complejas, como la EAPA<sup>8</sup>. Estas enfermeras son capaces de realizar evaluaciones avanzadas, organizar seguimientos a largo plazo y participar activamente en la toma de decisiones clínicas para optimizar los resultados clínicos.

Esta guía también omite la coordinación de la asistencia y el importante papel de los médicos de familia. Además, no se explican las recomendaciones respecto a la urgencia de las derivaciones a cirugía<sup>9</sup>. La guía incluye como recomendación que se puedan considerar los cigarrillos electrónicos.

### RESUMEN

Esta guía de práctica clínica es extensa y detallada e incorpora un gran número de puntos fuertes e implicaciones clínicas, pero también algunas omisiones.

### Fortalezas

La guía de práctica clínica de la ESC de 2024 cubre la EAP y las enfermedades aórticas y destacan su mayor prevalencia en mujeres, incluso en la figura central. Como novedad, la guía recomienda abordar toda la circulación arterial e incluir cuestionarios o pruebas específicas para valorar la capacidad funcional y los trastornos depresivos. El tratamiento óptimo incluye el control de los factores de riesgo, el tratamiento farmacológico, las modificaciones del estilo de vida, instruir al paciente y el ejercicio como componente clave. En pacientes con EAP sintomática, se recomienda el EES. Además, hay nuevas recomendaciones quirúrgicas para los aneurismas de la aorta abdominal y torácica y para cribado.

### Lagunas

No se incluye la coordinación de la asistencia ni el importante papel de los médicos de familia. Tampoco se menciona a la enfermería especializada. No se explican las recomendaciones sobre la urgencia de las derivaciones a cirugía. Esta guía propone

que los cigarrillos electrónicos pueden ayudar a la deshabituación tabáquica (IIb C); sin embargo, es aconsejable limitarlos y evitar el uso simultáneo con los cigarrillos convencionales, pues no se conocen los efectos a largo plazo. Dado que, en comparación con no consumirlos, su uso se ha asociado claramente con efectos adversos en la salud cardiovascular, respiratoria, inmunológica y periodontal, consideramos que esta controvertida recomendación de la guía es sorprendente.

## FINANCIACIÓN

Este artículo no ha recibido ninguna financiación.

## DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

No se utilizó inteligencia artificial en la preparación de este artículo.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los documentos de declaración de conflicto de intereses de todos los autores se encuentran en el material adicional.

## ANEXO A. AUTORES

**Comité de guías de la SEC:** Pablo Avanzas (presidente), Pilar Mazón (secretaria), Rut Andrea Ribas, Marisol Bravo Amaro, Alberto Cordero Fort, Marisa Crespo, F. Javier Jiménez Candil, María Antonia Martínez Momblan, Sonia Mirabet Pérez, Juan Sanchis Forés, Marta Sitges Carreño, José M. de la Torre, Javier Torres Llergo y David Vivas.

**Grupo de Trabajo de la SEC para la guía 2024 sobre el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad arterial periférica y aórtica:** Javier Torres Llergo (coordinador), Raquel

Campuzano Ruiz (coordinador), José Antonio Alarcón Duque, Juan José Gómez Doblas, Rafael Mesa Rico, Soledad Ojeda Pineda, Patricia Palau Sampio y Enrique María San Norberto García.

## ANEXO B. MATERIAL ADICIONAL

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2024.10.008>.

## BIBLIOGRAFÍA

- Mazzolai L, Teixido-Tura G, Lanzi S, et al. ESC Scientific Document Group 2024 ESC Guidelines for the management of peripheral arterial and aortic diseases. *Eur Heart J*. 2024. <http://dx.org/10.1093/eurheartj/ehae179>.
- Fassora M, Calanca L, Jaques C, Mazzolai L, Kayser B, Lanzi S. Intensity-dependent effects of exercise therapy on walking performance and aerobic fitness in symptomatic patients with lower-extremity peripheral artery disease: A systematic review and meta-analysis. *Vasc Med*. 2022;27:158–170.
- Perks J, Zaccardi F, Paterson C, et al. Effect of high-pain versus low-pain structured exercise on walking ability in people with inter mittent claudication: meta-analysis. *Br J Surg*. 2022;109:686–694.
- Wanhainen A, Van Herzelee I, Bastos-Goncalves F, et al. European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2024 clinical practice guidelines on the management of abdominal aorto-iliac artery aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2024;67:192–331.
- Chilbert MR, Woodruff AE, Rogers KC. A Practical Guide to Understanding and Treating Peripheral Artery Disease. *J Cardiovasc Pharmacol*. 2024;83:565–579.
- Bridgwood BM, Sayers RD. Peripheral artery disease (PAD) in primary care-educational experiences for PAD primary care in England-a mixed-method study. *Fam Pract*. 2023;22:820–826.
- Gornik HL, Aronow HD, Goodney PP, et al. 2024 ACC/AHA/AACVPR/APMA/ABC/SCAI/SVM/SVN/SVS/SIR/VESSE Guideline for the Management of Lower Extremity Peripheral Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2024;149:e1313–e1410.
- Brothers TE, Baliga P. Artificial Intelligence to Predict Quality-of-Life Outcomes for Vascular Intervention of the Leg. *J Am Coll Surg*. 2024;238:481–488.
- Sociedad Española de Cardiología. Enfermedad Arterial Periférica. Disponible en: <https://secardiologia.es/riesgo/multimedia/infografias/15012-enfermedad-arterial-periferica>. Consultado 3 Oct 2024.