



4^{to} CONGRESO AMAREVA

2025

27 y 28 de febrero

Auditorio Caja de Música
del Palacio de Cibeles



www.congreso2025.amareva.es



HIGHLIGHTS AMAREVA

Natalia Mena García

MIR3 Neurología

Hospital Universitario Ramón y Cajal

Laura Gómez-Pintado Cano

MIR2 Neurología

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Asociación Madrileña de riesgo y enfermedad vascular



MESA 1. VENTANAS DE OPORTUNIDAD. ¡¡¡APROVECHÉMOSLAS!!!

MODERADOR:

- Dr. Ignacio Morón. Atención Primaria. Centro de Salud Universitario Goya.

PONENTES:

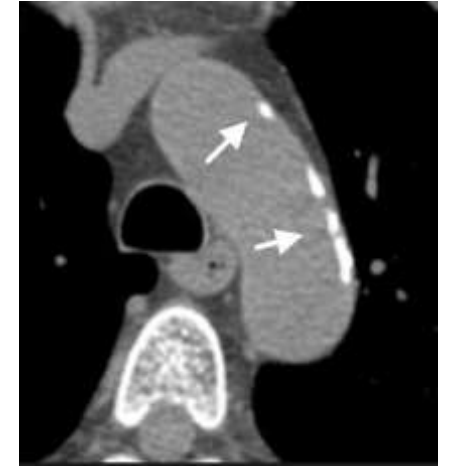
- ¿Son las consultas de deshabituación tabáquica una buena oportunidad para evaluar e intervenir sobre el riesgo vascular? Dr. César Minué. Atención Primaria. Centro de Salud Perales del Río.
- ¿Por qué le dais tan poca importancia al control del LDL? ¿Qué hacemos para mejorar el control lipídico? Dra. Marta Herrero. Cirugía Vascular. Hospital Universitario La Princesa.
- Revisando la historia clínica previa con ojo vascular: ¿obtenemos toda la información útil de las pruebas realizadas a un paciente? Dra. Eva María Moya. Medicina Interna. Hospital Universitario Infanta Leonor. *presentación*
- Riesgo vascular del cuarto trimestre: el embarazo como predictor de riesgo. Ventana de oportunidad para optimizar el control de la salud vascular posparto. Dra. María Abad Cardiel. Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. *presentación*

Objetivos: Identificar áreas asistenciales para mejorar el control de la persona con riesgo vascular.

**Revisando la historia clínica
previa con ojo vascular:
¿obtenemos toda la información
útil de las pruebas realizadas
a un paciente?**



1. Calcificación del arco aórtico y la aorta torácica → x 4,65.
2. Calcificación aorta abdominal → x 1.6.
3. Calcificaciones vasculares (mamografía) → x 1.4.
4. Esclerosis aórtica y calcificación mitral en ecocardiograma
La presencia de 1 de estos elementos → x 2.3 la mortalidad.
La presencia de 2 → x 9.3



Carotid Ultrasound-Based Plaque Score for the Allocation of Aspirin for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease Events: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis and the Atherosclerosis Risk in Communities Study

Omar Dzaye, MD, MPH, PhD  ✉, Alexander C. Razavi, MD, MPH, PhD , Zeina A. Dardari, MS , Khurram Nasir, MD, MPH, MSc , Kunihiro Matsushita, MD, PhD , Yejin Mok, PhD, MPH , Francesca Santilli, MD , Augusto María Lavalle Cobo, MD , Amer M. Johri, MD, MSc , Gerhard Albrecht, MD, and Michael J. Blaha, MD, MPH  | [AUTHOR INFO & AFFILIATIONS](#)

1. Puntaje de placa carotídea ≥ 2 para individuos con riesgo de ECVA del 5% al 20%.
2. En presencia de cualquier placa carotídea para individuos con riesgo de ECVA $>20\%$.

Riesgo vascular del cuarto trimestre: el embarazo como predictor de riesgo.



ESH Guidelines

2023 ESH Guidelines for the management of
arterial hypertension

*The Task Force for the management of arterial hypertension
of the European Society of Hypertension*

Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European
Renal Association (ERA)

TABLE 2. Factors that influence CV risk in patients with hypertension

Parameter for risk stratification, which are included in SCORE2 and SCORE2-OP

Sex (men >women)
Age
Level of SBP^a
Smoking – current or past history
Non-HDL cholesterol

Established and suggested novel factors

Family or parental history of early onset hypertension
Personal history of malignant hypertension
Family history of premature CVD (men aged <55 years; women aged <65 years)
Heart rate (resting values >80 bpm)
Low birth weight
Sedentary lifestyle
Overweight or Obesity
Diabetes
Uric acid
Lp(a)
Adverse outcomes of pregnancy (recurrent pregnancy loss, preterm delivery, hypertensive disorders, gestational diabetes)
Early-onset menopause
Frailty
Psychosocial and socioeconomic factors
Migration
Environmental exposure to air pollution or noise

SOMANZ Hypertension in Pregnancy Guideline 2023

Life after preeclampsia or gestational hypertension

Pregnancy as a window to your future health

Know your risk: Women who have had preeclampsia or gestational hypertension in their pregnancy are at a higher risk of the following later in life:



4x higher risk of developing high blood pressure



2x higher risk of developing heart disease



2-4x higher risk of type 2 diabetes mellitus



2x higher risk of developing stroke



4-8x higher risk of kidney disease



2 in 3 women will die from a cardiac disease

What you can do

You can lower your risk: A history of preeclampsia doesn't have to mean you will develop cardiovascular problems.

You can make a change today for a healthier tomorrow!



Get regular exercise



Take any prescribed medications



Eat a well-balanced, healthy diet

Adopt a healthy lifestyle for yourself and your loved ones



Speak with your doctor before your next pregnancy



Maintain a healthy weight



Stop smoking



See your doctor for a regular health check

Modificadores del riesgo

Modificadores del riesgo específicos al sexo
(Clase IIa)



Diabetes gestacional



Hipertensión gestacional



Preeclampsia



Parto prematuro



Una o más muertes fetales



Abortos recurrentes

Modificadores del riesgo compartidos
(Clase IIa)



Etnia de alto riesgo



Antecedente familiares de
ECVA prematura



Privación socioeconómica



Enfermedades autoinmunitarias
inflamatorias



Enfermedad mental grave



VIH



ESC

European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2024) 45, 3912–4018
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>

ESC GUIDELINES

2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension

Las mujeres con hipertensión en el embarazo tienen un riesgo aumentado de hipertensión crónica⁶⁷¹, ERC⁶⁷² y ECV^{177,223,640}. El riesgo relativo de hipertensión crónica es más alto en los primeros 6 meses tras el parto, lo que requiere cribados regulares en todas estas mujeres⁶⁷³. Las mujeres con hipertensión gestacional, especialmente aquellas con preeclampsia, tienen un riesgo mayor de hipertensión enmascarada⁶⁷⁴. Las mediciones de la PA, que idealmente incluirán medición fuera de la consulta, análisis de orina y evaluación del riesgo de ECV, se deben llevar a cabo al menos 6-12 semanas, 6 meses y 12 meses tras el parto y, tras este periodo, de forma anual. En datos recientes se indica la potencial utilidad del autocontrol de la PA durante el ajetreado periodo posparto⁶⁷⁵.

MESA 2. LP(A) Y PERSONALIZACIÓN DEL RIESGO VASCULAR: DÓNDE ESTAMOS Y PERSPECTIVA DEL FUTURO

MODERADOR:

- Dr. Luís Álvarez-Sala. Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

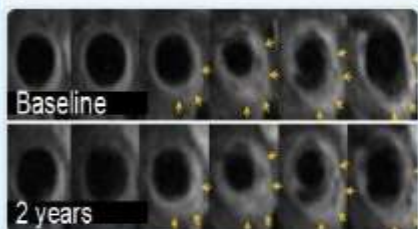
PONENTES:

- ¿Dónde nos hemos puesto de acuerdo? Consenso sobre Lp(a) de la SEA. Dr. Carlos Lahoz. Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz – Carlos III. *presentación*
- De la Teoría a la práctica. Puntos clave. Dra. Almudena Castro. Cardiología. Hospital Universitario La Paz. *presentación*
- A un paso del futuro: novedades farmacoterapéuticas. Dra. Ana Torres. Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. *presentación*

Objetivos: Actualizar el conocimiento y las recomendaciones de manejo de los pacientes con niveles elevados de LPA.

Progresión de la placa¹

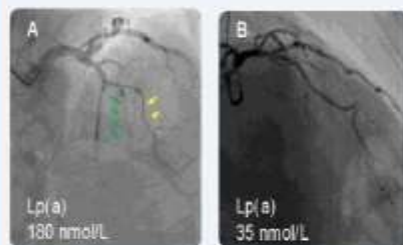
La Lp(a) elevada impulsa la **progresión de la placa**, incluso en pacientes con niveles controlados de cLDL (<70mg/dL)



Progresión de la placa carotídea evaluada mediante resonancia magnética en un paciente con Lp(a) elevada

Fenotipo y gravedad²

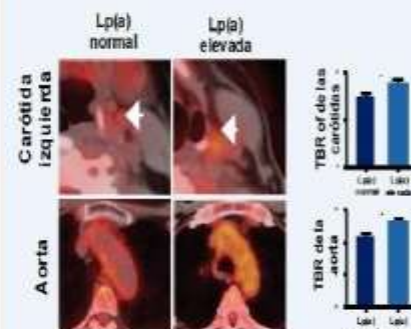
La Lp(a) elevada se asocia con una **presentación más grave** de la enfermedad y una forma de enfermedad coronaria **compleja de tratar**



Angiografías representativas de pacientes con diferentes niveles de Lp(a)

Inflamación arterial³

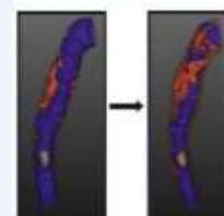
La Lp(a) elevada se asocia con un **aumento de la inflamación** de la pared arterial que no se atenúa con la reducción del C-LDL



Cross-sectional PET/CT images and quantification of 18F-FDG uptake

Placas vulnerables⁴

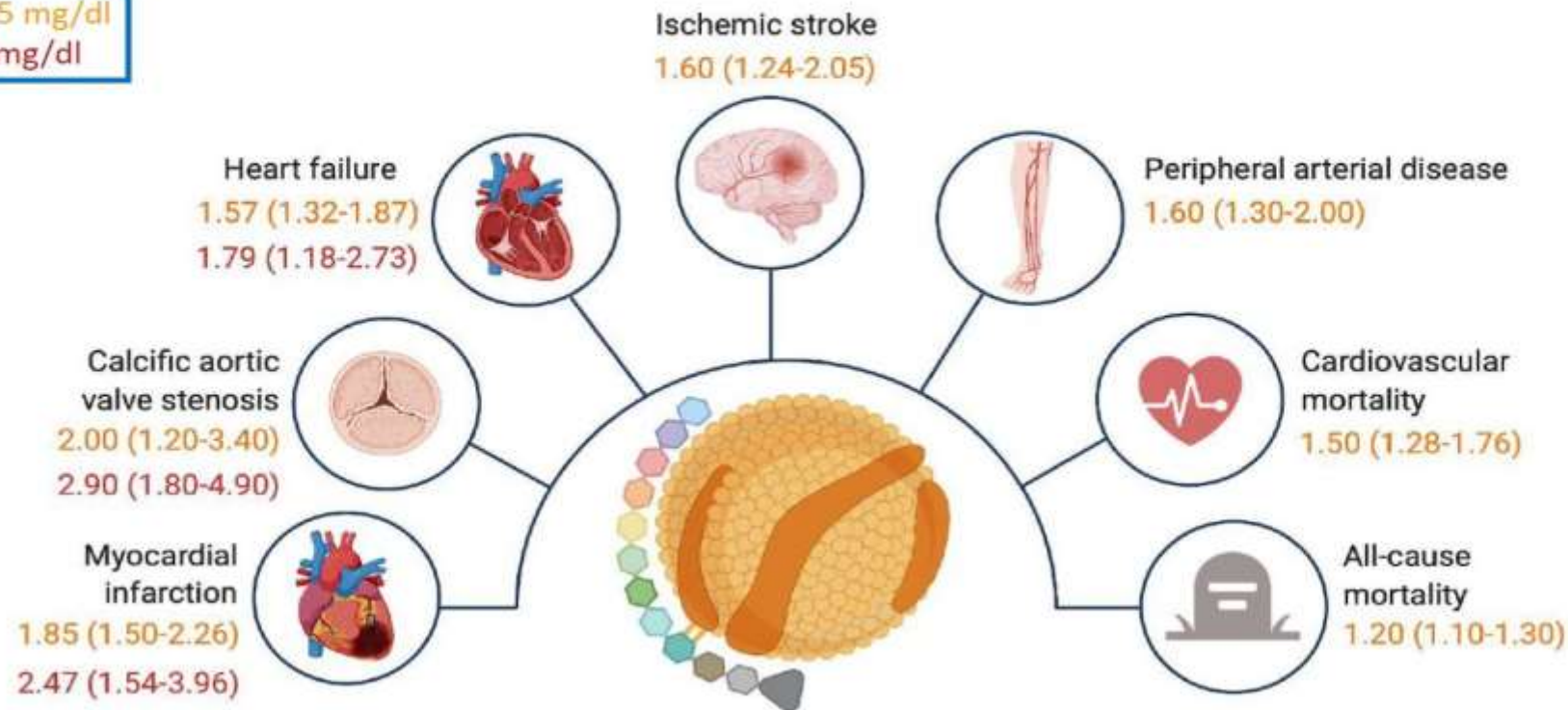
La Lp(a) elevada se asocia de forma independiente con el **desarrollo de placas vulnerables** (núcleos necróticos más grandes y cubiertas fibrosas más delgadas) que son propensas a romperse.



Repeat OCTA assessment of vulnerable plaque characteristics in patients with advanced CAD and elevated Lp(a) levels

Lp(a) elevada y riesgo de enfermedad cardiovascular

70-95 mg/dl
>95 mg/dl



Arsenault BJ. Atherosclerosis 2022;349:7-16

	Plasma Lp(a) Level				
Baseline ASCVD Risk (%) without Lp(a)	30 mg/dL (70 nmol/L)	50 mg/dL (115 nmol/L)	75mg/dL (175 nmol/L)	100 mg/dL (230 nmol/L)	150 mg/dL (350 nmol/L)
5	6.1% ($\Delta=1.1\%$)	7.0% ($\Delta=2.0\%$)	8.3% ($\Delta=3.3\%$)	9.8% ($\Delta=4.8\%$)	13.6% ($\Delta=8.6\%$)
10	12.2% ($\Delta=2.2\%$)	14.0% ($\Delta=4.0\%$)	16.5% ($\Delta=6.5\%$)	19.5% ($\Delta=9.5\%$)	27.2% ($\Delta=17.2\%$)
15	18.3% ($\Delta=3.3\%$)	20.9% ($\Delta=5.9\%$)	24.8% ($\Delta=9.8\%$)	29.3% ($\Delta=14.3\%$)	40.8% ($\Delta=25.8\%$)
20	24.4% ($\Delta=4.4\%$)	27.9% ($\Delta=7.9\%$)	33.0% ($\Delta=13.0\%$)	39.0% ($\Delta=19.0\%$)	54.5% ($\Delta=34.5\%$)
25	30.5% ($\Delta=5.5\%$)	34.9% ($\Delta=9.9\%$)	41.3% ($\Delta=16.3\%$)	48.8% ($\Delta=23.8\%$)	68.1% ($\Delta=43.1\%$)
	Baseline ASCVD Risk (%) including plasma Lp(a) levels				

- Los pacientes con niveles **Lp(a) >200mg/dL** presentan el mismo riesgo de ECV que aquellos que presentan **hipercolesterolemia familiar**⁴
- **Lp(a) >200mg/dL** es el doble de prevalente que la hipercolesterolemia familiar⁴

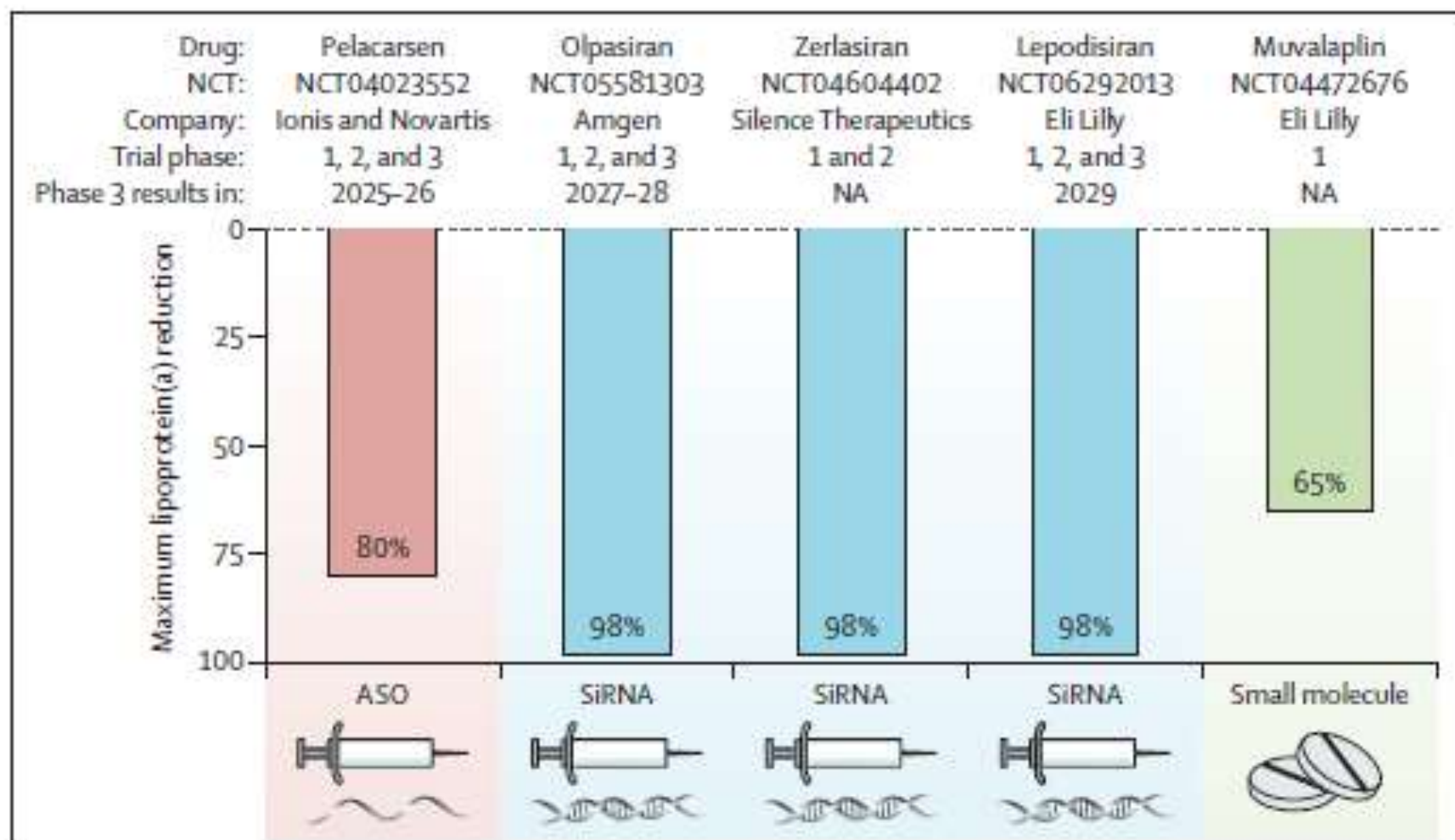


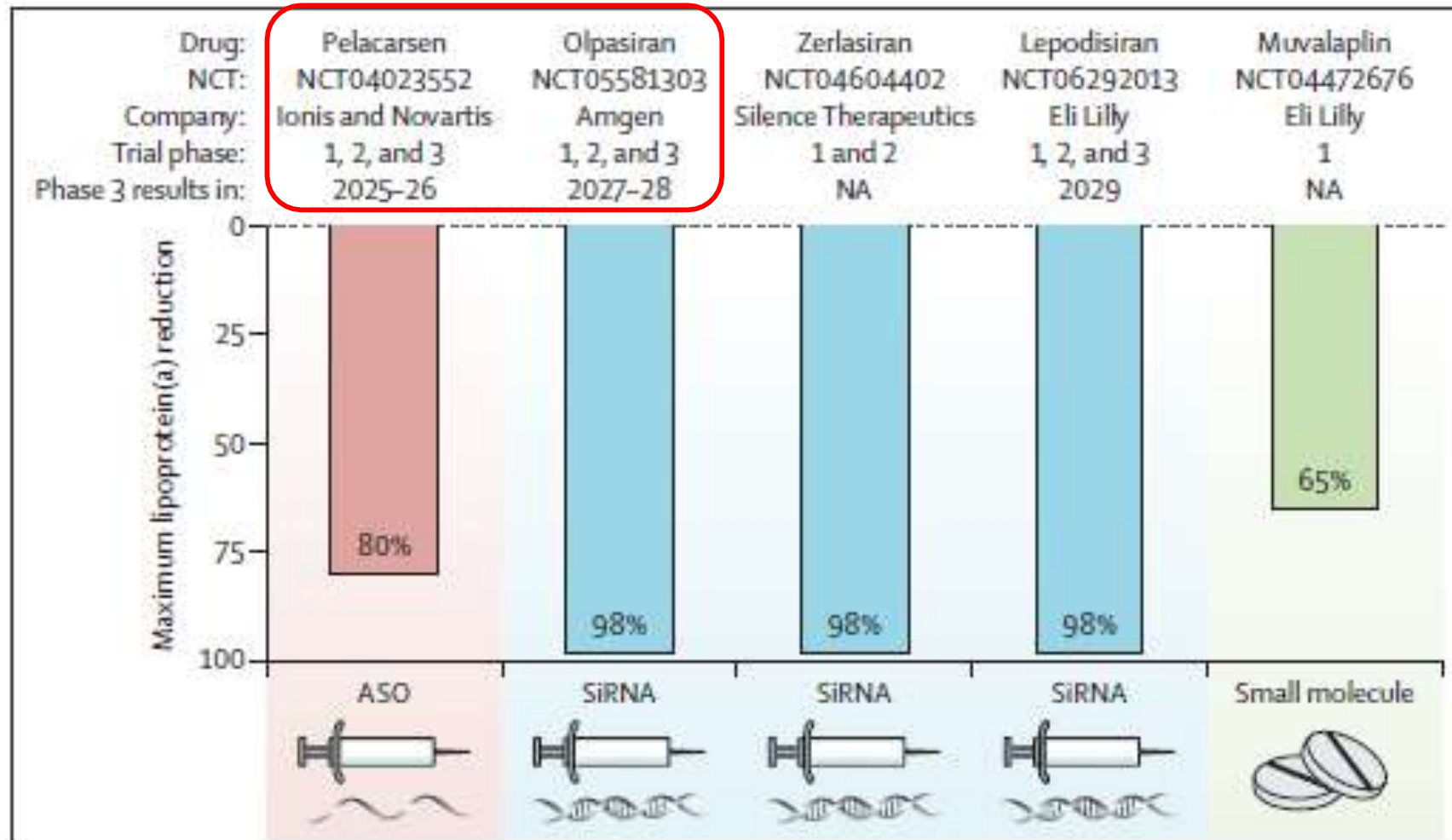
Condición genética más frecuente asociada a ECV con gran impacto en el aumento del riesgo

¿A quién medir la Lp(a)?

- Hacer una determinación de Lp(a) a toda la población al menos una vez en la vida.
- En presencia de:
 - Pacientes con enf. vascular. Precoz, aterotrombótico, estenosis carotídea.
 - Historia familiar de ECV precoz.
 - Estenosis aórtica (<65 años).
 - Familiar de primer grado con Lp(a) elevada.
 - HF heterocigota.
 - Pobre respuesta a las estatinas.

Fármaco	Diana terapéutica	Efecto Lp(a)
Estatinas	HMGCR	Incremento 8,5-19,6%
Ezetimibe	NPC1L1	Sin efecto (descenso 0-7%)
Aféresis lipoproteínas	Retirada lipoproteínas plasmáticas	Reducción del 63%
Ác. bempedoico	ACLY	Sin efecto (aumento 0-5%)
Antic. iPCSK9	PCSK9	23-27%
Inclisirán	PCSK9	22%
Lomitapida	MTTP	Reducción del 16%
Obicetrapid	CETP	Reducción del 35-55%





Lp(a)HORIZON Phase 3 CVOT overview



Estudio aleatorizado doble ciego,
de grupos paralelos, controlado con
placebo y multicéntrico para evaluar
el efecto de pelacarsén frente a
placebo en el MACE expandido en
pacientes con ECV establecida (IAM,
ACV, AP) y Lp(a) elevada



Pacientes
8.323



Centros
797



80 mg de pelacarsén s.c. una vez
al mes
Placebo s.c. una vez al mes



12 Dic 2019

Finalización estimada del estudio:
2025

MESA 3. OBESIDAD, UN DESAFÍO SOBRE LA MESA

MODERADORA:

- Dra. Sharona Azriel. Endocrinología. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes.

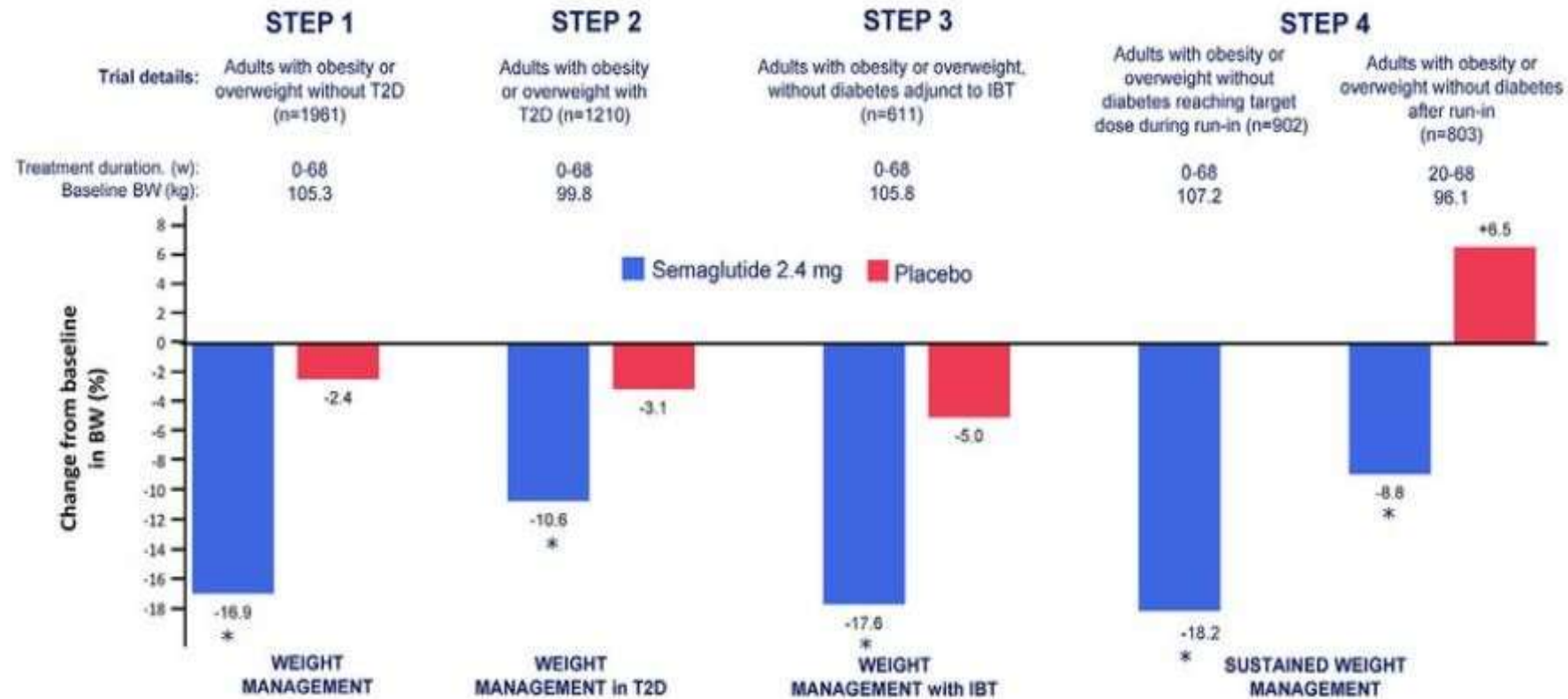
PONENTES:

- Experiencia con tirzepatida. Dr. Miguel Ángel Brito. Endocrinología. Hospital Puerta De Hierro Majadahonda. *presentación*
- Experiencia con semaglutide. Dra. Gloria Cánovas. Endocrinología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. *presentación*
- ¿Qué más nos va a aportar el futuro?. Dra. Olga González Albarrán. Endocrinología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. *presentación*

Objetivos: Revisar la experiencia con Semaglutide, Tirzepatide y actualizar situación de los que vienen. Resolver la pregunta de cuándo utilizar uno u otro.

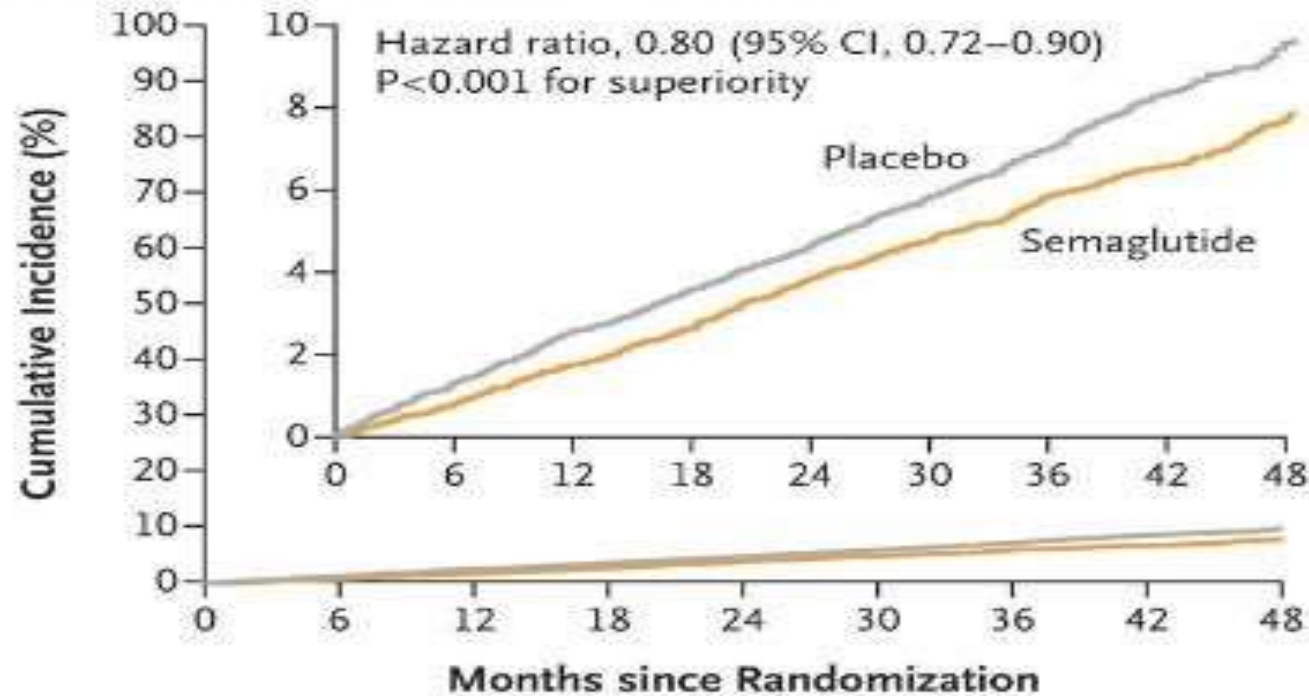
Experiencia con semaglutide





1. Pérdida ponderal significativa.
2. Mejoría de la composición corporal.
3. Mejoría en los parámetros de inflamación
4. Mejoría del dolor de patología osteoarticular.
5. Mejoría de la función cardíaca.
6. Nefroprotección.
7. Disminución de esteatosis/fibrosis hepática.
8. Reducción del riesgo vascular (SELECT).

A Primary Cardiovascular Composite End Point



20%

reduction in
risk of MACE*

Semaglutide 2.4 mg significantly
reduced

the risk of MACE by 20%

compared with placebo in people with
obesity and established CVD, without
T2D^{1,2}



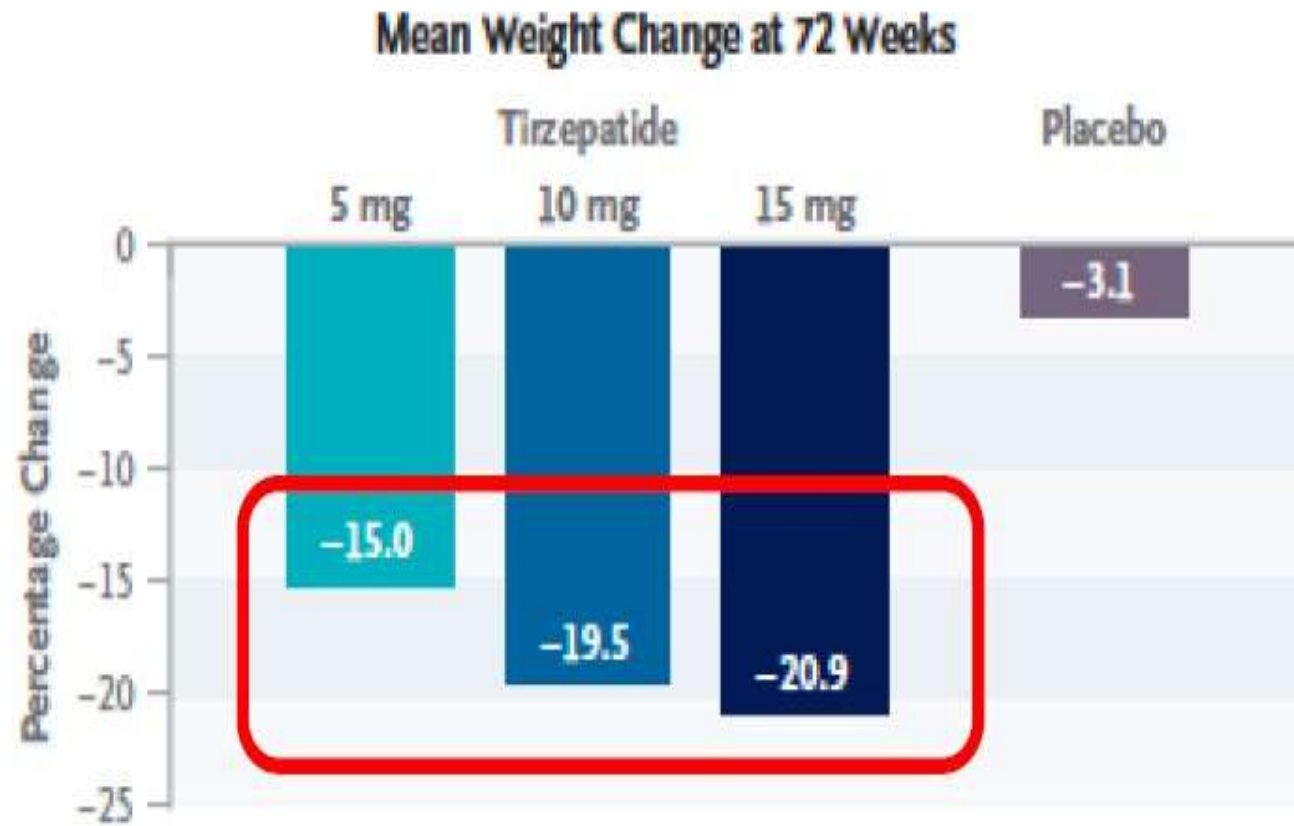
All three components (death from CV
causes, non-fatal MI and
non-fatal stroke) contributed to MACE
risk reduction

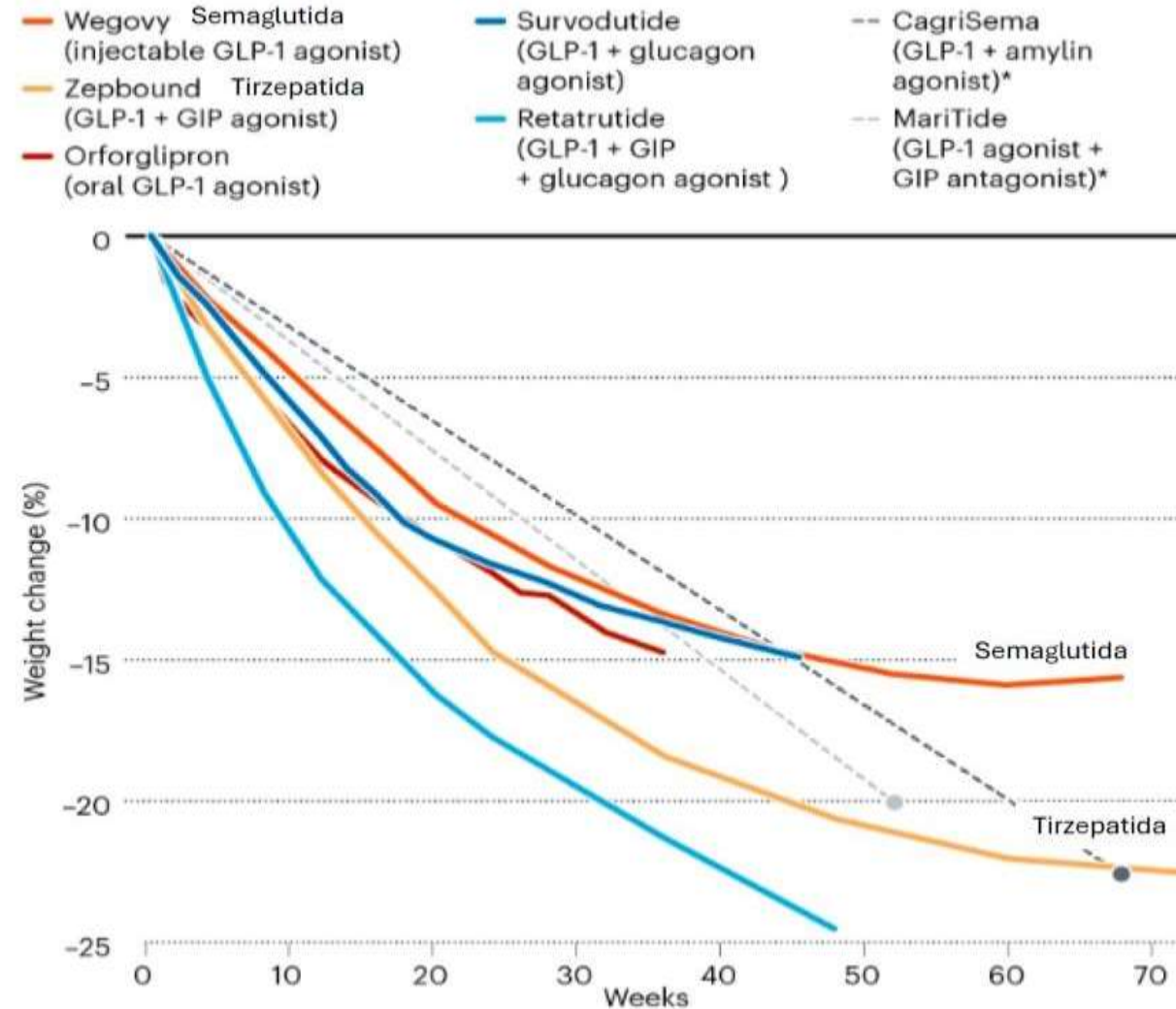


Mean follow-up time was 39.8
months

Experiencia con tirzepatida

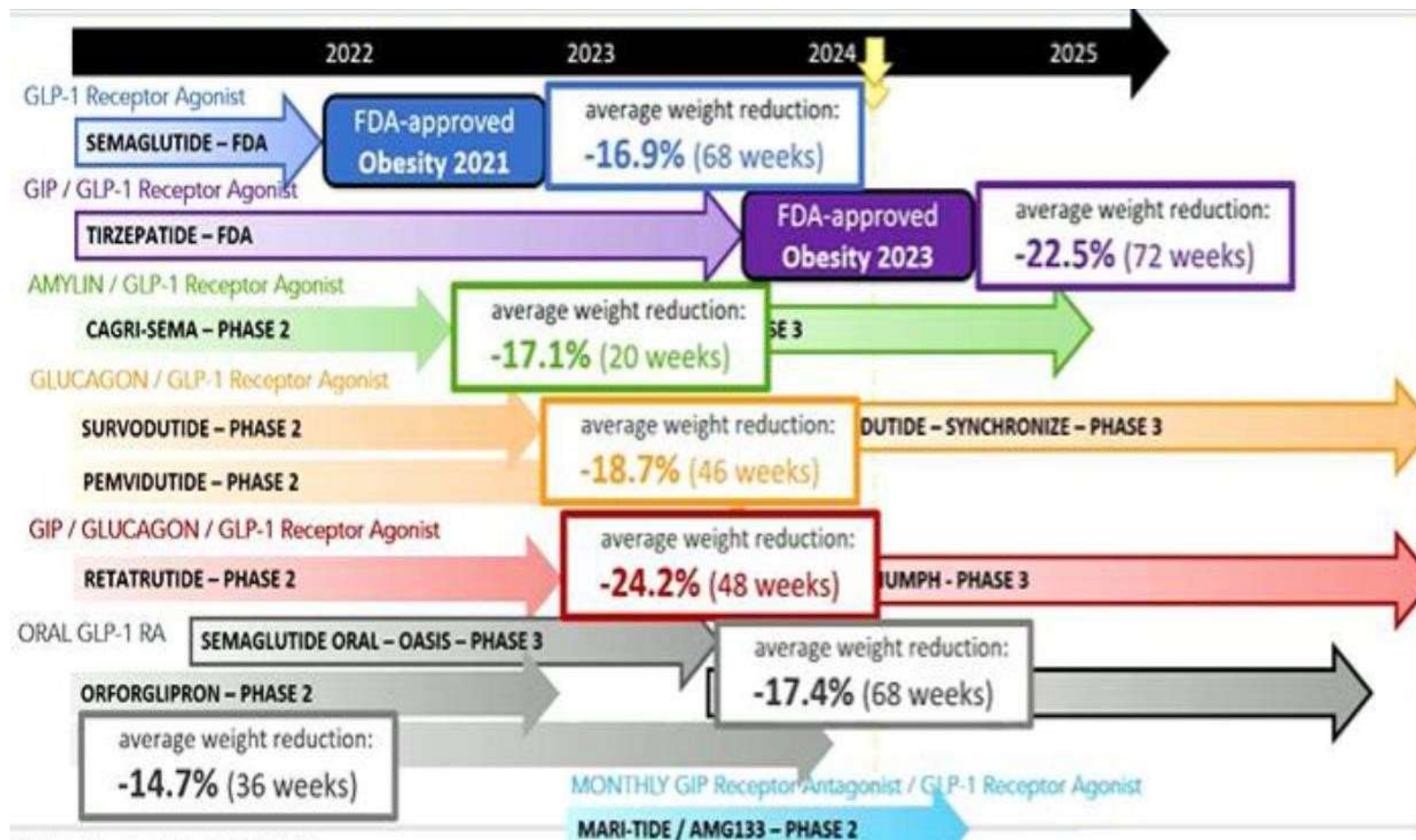


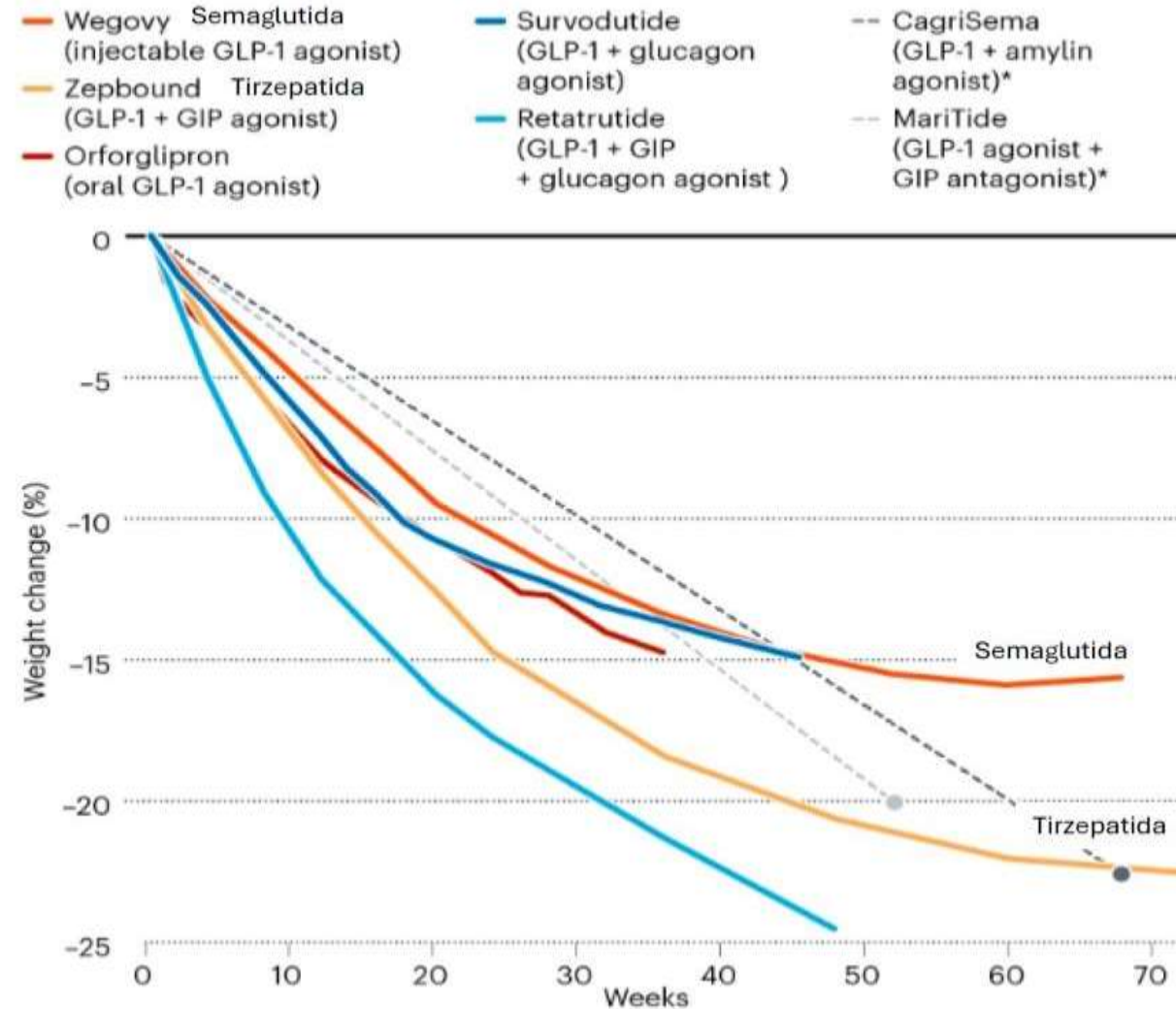




¿Qué más nos va a aportar el futuro?







MESA 4. SIN ENFERMERÍA NO AVANZAMOS

MODERADOR:

- Dr. Javier Rosado. Atención Primaria. Centro de Salud Universitario Reina Victoria.

PONENTES:

DUE Silvia Morel. Enfermería. Unidad de Ictus. Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

DUE Dolores Hernández. Enfermería. Hospital Universitario La Paz.

DUE Esperanza Jiménez. Enfermería. Centro de Salud Monterrozas.

- ¿Cada cuánto debe revisar una enfermera a un paciente de alto riesgo en AP? ¿y cuándo la enfermera debe pasárselo al médico?
- ¿Cómo puede una enfermera trabajar y mejorar la adherencia?
- ¿Aprovechando los hipolipemiantes inyectables? ¿Qué hacer en cada cita?

Objetivos: revisar la contribución de la enfermería en la prevención vascular.

MESA 5. LA MEDICINA ARN MENSAJERO, LA NUEVA GENERACIÓN DE FÁRMACOS

MODERADOR:

- Dr. Julián Segura. Nefrología. Hospital Universitario 12 de Octubre.

PONENTES:

- La revolución de los micro RNA. Premio Nobel de Medicina 2024. [Dra. Sonia Rodríguez Novoa. Genética. Hospital Universitario La Paz. *presentación*](#)
- Inclisiran: Más fácil de lo que parece. [Dr. Raimundo de Andrés. Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. *presentación*](#) / [Dr. Sergio García. Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. *presentación*](#)

Objetivos: ¿Qué son los micro-RNA? ¿Para qué sirven? ¿Qué potenciales beneficios podrían tener en el contexto asistencial? ¿Y en el riesgo vascular?

9. La revolución de los microARNs. Premio nobel de medicina 2024.

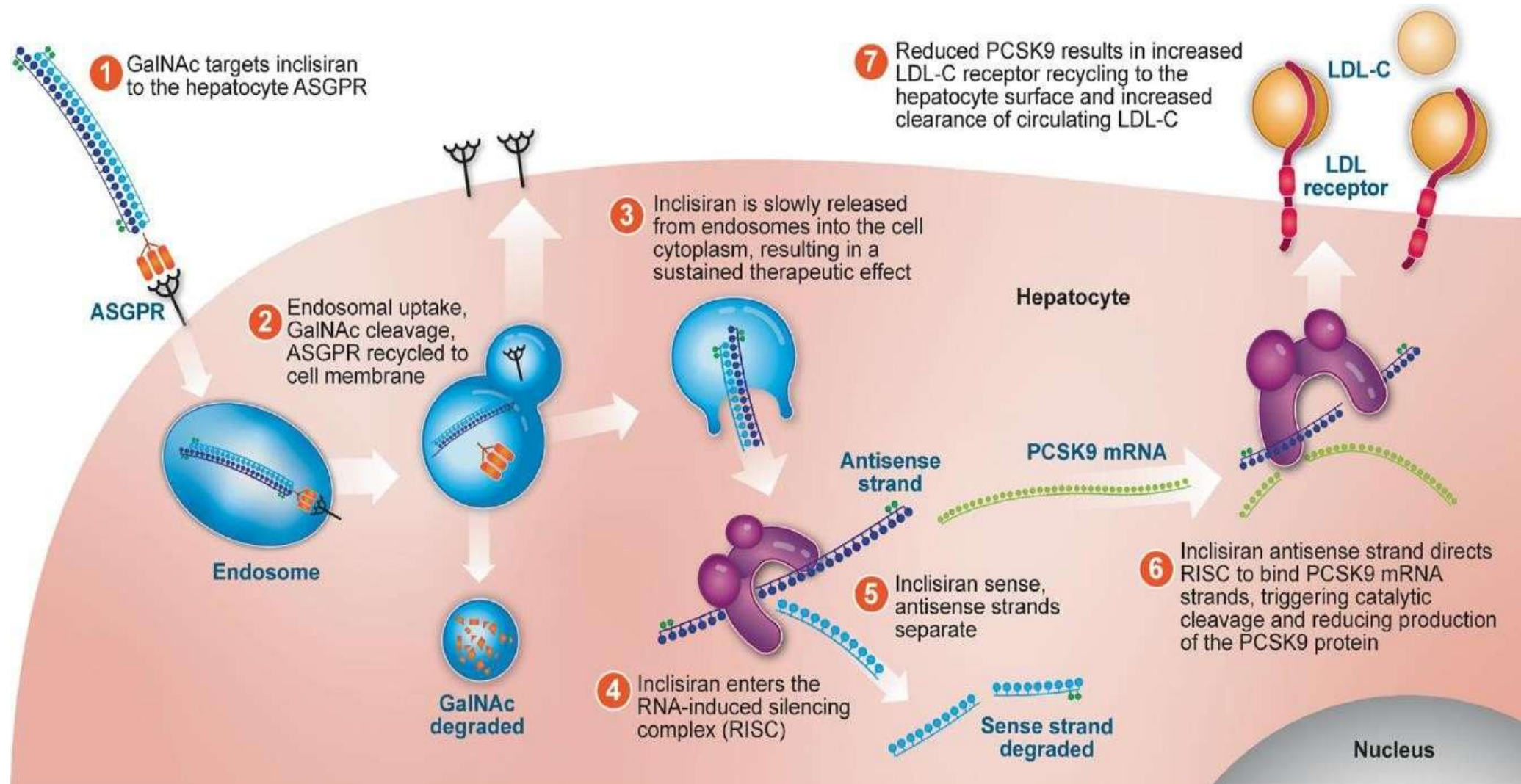




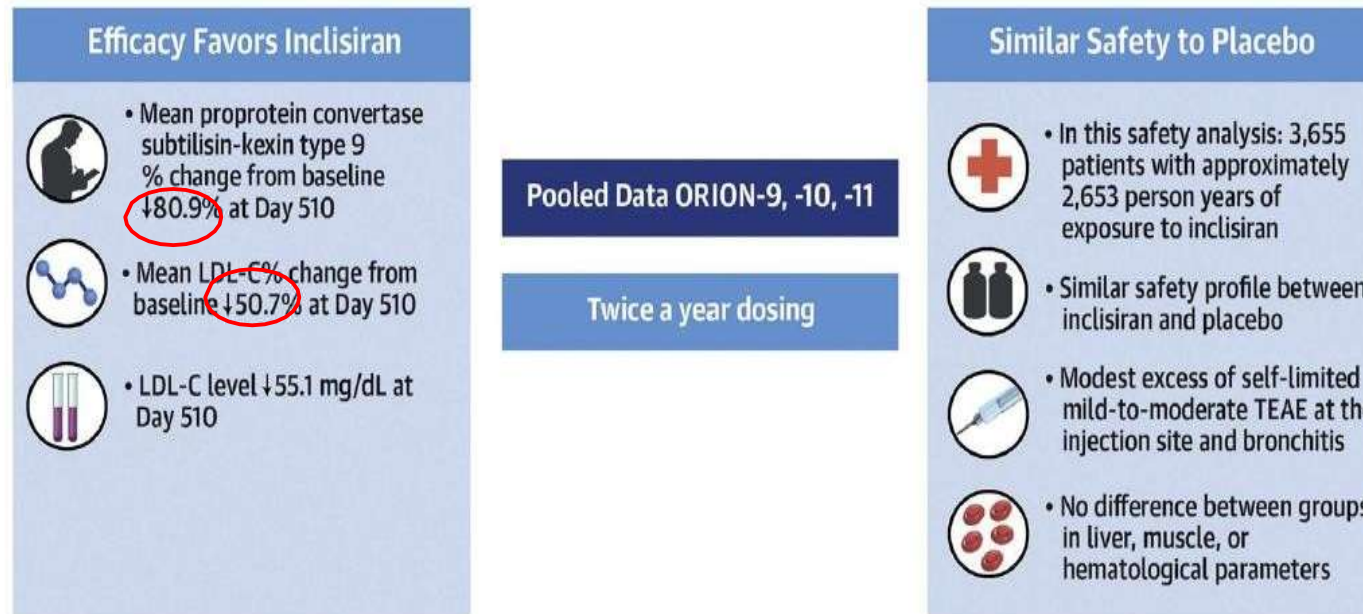
Victor Ambros y Gary Ruvkun
Premio Nobel de Medicina en 2024
Nuevo principio de regulación génica mediada por microARN.

Inclisirán.





CENTRAL ILLUSTRATION: Inclisiran With Summary About Safety and Efficacy



Wright, R.S. et al. J Am Coll Cardiol. 2021;77(9):1182-93.

Registro Cholinet: eficacia y seguridad de inclisiran en práctica clínica real



Endpoint: % de reducción del c-LDL y consecución de objetivos a los 3 y 9 meses desde el inicio de inclisiran

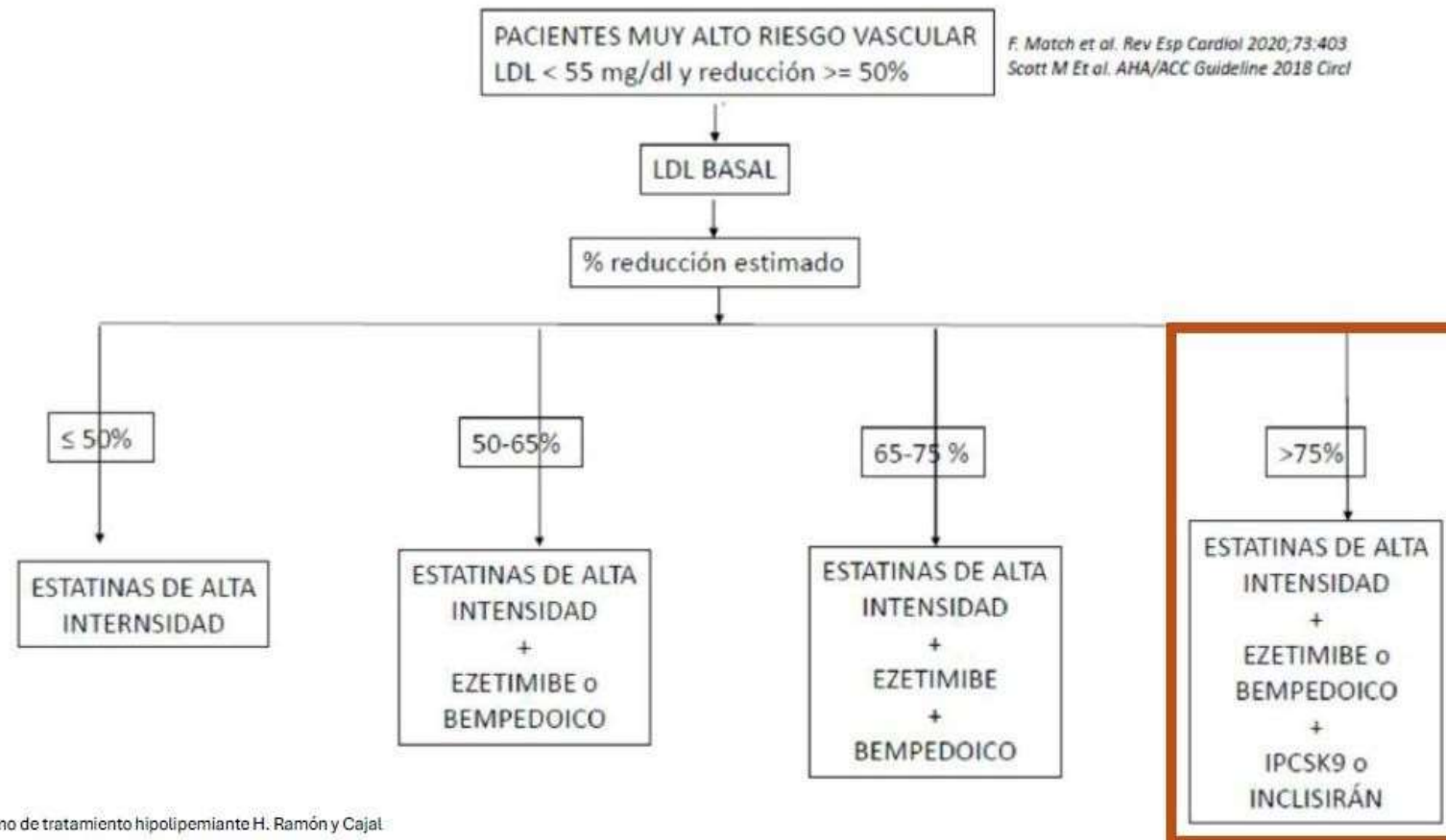
c-LDL basal : 103 mg/dL;
Terapia hipolipemiente de base:
Estatinas+/-ezetimiba: 71%
Ezetimiba monoterapia: 16%
Sin tratamiento previo: 13%
Hipercolesterolemia familiar: 15%

Principales resultados

Reducción media del c-LDL a 3 meses (513 pacientes): **51.2%**
Reducción media del c-LDL a 9 meses (171 pacientes): **55.7%**
Consecución de objetivos c-LDL <55mg/dL*
a 3 meses: **57.3%**
a 9 meses: **66.7%**

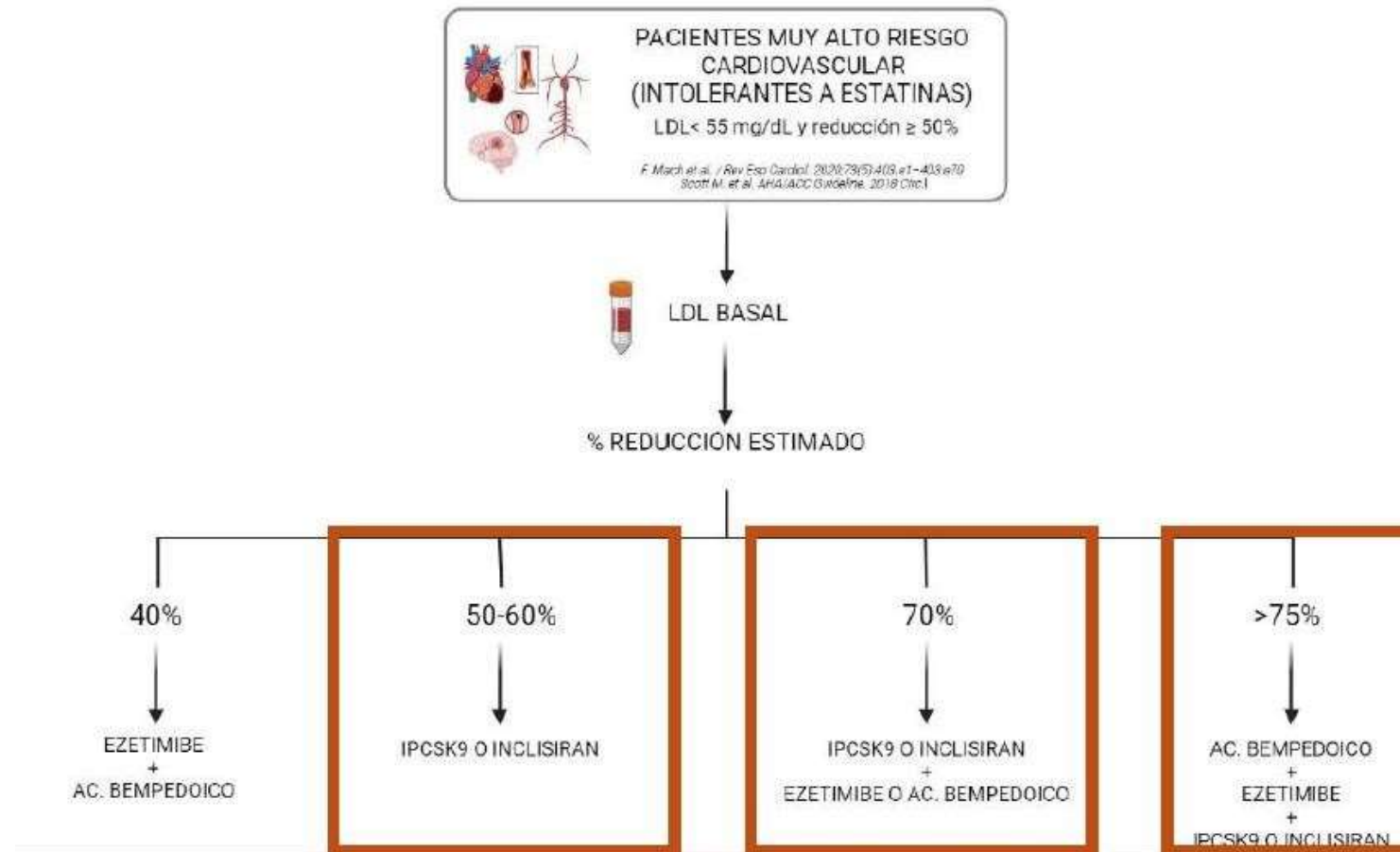


1. Pacientes no intolerantes a estatinas:



Algoritmo de tratamiento hipolipemiante H. Ramón y Cajal

1. Pacientes intolerantes a estatinas (total o parcial):



MESA 6. YOUNG AMAREVA

MODERADOR:

- Dr. Miguel Ángel María Tablado. Atención Primaria. Centro de Salud Canillejas.

PONENTES:

- Actividad física no es ejercicio físico. [Dr. Víctor Pérez de Arenaza. Endocrinología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. *presentación*](#)
- Cómo mejorar la formación del residente en riesgo vascular. [Dra. Natalia Mena. Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. *presentación*](#)
- Drogas de abuso y riesgo vascular: ¡Ponme al día! [Dr. Ignacio Eguilior Caffarena. Neurología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. *presentación*](#)

Objetivos: Facilitar recomendaciones para prescribir ejercicio en la Comunidad de Madrid. Conocer el efecto de las sustancias estimulantes y nuevas drogas sobre el sistema vascular. Identificar puntos de mejora en la formación del residente en riesgo vascular.

Actividad física no es ejercicio físico



Programa Enforma

Gratuito

- Actividades al aire libre.
- Profesionales de la actividad física.
- De octubre a junio.
- Sesiones de 1 hora.



Horarios accesibles

Madrid Río (Arganzuela)
Lunes y Miércoles 18:30h
Martes y Jueves 12:00h

Parque Enrique T. Galván (Arganzuela)
Martes y Jueves 9:00h

Parque Santander (Chamberí)
Lunes y Miércoles 9:30h
Martes y Jueves 18:00h

Templo de Debod (Moncloa-Aravaca)
Lunes y Miércoles 18:15h
Martes y Jueves 10:00h



Secciones

Puntos Enforma

Cómo participar

Contenido relacionado

Bienestar, recorridos en bicicleta de forma ecológica
Mapa Región Activa
Metrominuto
II Juegos Paralímpicos de la Comunidad de Madrid
Deporte universitario

Actividad dirigida a personas adultas sedentarias que se realiza en algunos parques de la ciudad de Madrid.



Este Programa, creado en el año 2005, surge ante la necesidad de proporcionar una práctica deportiva, libre y sin control específico, dirigida en especial a la población adulta de mayor edad.

El objetivo es promover una mejor calidad de vida a través del ejercicio, mediante clases divertidas y dinámicas.

La actividad se desarrolla al aire libre, en parques, jardines o instalaciones de la capital, dirigida por profesionales de la educación física y con horarios accesibles de mañana y tarde.

En la actualidad, el Programa cuenta con 16 puntos Enforma, ubicados en la capital y con fácil acceso.



Portada

Actividades y eventos

Cartas de servicios

Direcciones y teléfonos

Gestiones y trámites

Normativa

Publicaciones

Ejercicio al aire libre para personas mayores - Curso 2023-24

Escuchar

AVISO: EL CURSO COMIENZA LA SEMANA DEL 11 DE SEPTIEMBRE DE 2023

¿EN QUÉ CONSISTE?

El programa consiste en sesiones grupales de carácter recreativo y educativo, de intensidad moderada baja. Se realiza en los parques de Madrid y los grupos son dirigidos por un monitor especializado en actividad física. Tiene una duración de una hora y periodicidad semanal.

Las personas usuarias podrán incorporarse o salir del programa en cualquier momento.

¿CÓMO INSCRIBIRME?

Primero, compruebe en el listado de lugares para el ejercicio a qué distrito pertenece y qué grupo le interesa por proximidad.

Después, acceda a la ficha de inscripción, que podrá encontrar en la "Información relacionada", rellene los datos solicitados y seleccione el grupo al que desea acudir.

¿QUÉ BENEFICIOS NOS APORTA?

La actividad física tiene efectos beneficiosos en la salud y en la calidad de vida, crea espacios naturales de

Programa mayores

Gratuito

Sesiones grupales de carácter recreativo y educativo, de intensidad de moderada-baja.



Horarios accesibles

Plaza España (Estatua Cervantes)
Martes 12:30

Plaza Luca de Tena (Plaza principal)
Lunes y Viernes 11:00

Madrid Río (Nave de Ternerías)
Lunes 12:00

Retiro (Plaza de Costa Rica)
Jueves 11:30

Luisa Carnés (Calle Valdesangil)
Martes y Jueves 12:00

Parque La Bombilla (Frente a fuente)
Lunes 10:00



Madrid es Deporte

@MadrdesDeporte · 13K subscribers · 807 videos

Canal de difusión y emisión en directo de sesiones y ejercicios físicos para mantener a la c... >

Subscribe

Home Videos Live Playlists Community

For You



Trabajo cardiovascular con soporte musical-
Adultos/Jóvenes | Álvaro García



MAYORES - César Zurdo

1.2K views · Streamed 3 years ago



Baile en familia -Almudena

2.1K views · 3 years ago



CDM PLAYA VICTORIA

2.7K views · 3 years ago

“Madrid es deporte” Youtube

Pasos

1. Abre internet
2. Busca “Youtube”
3. Arriba escribe el ejercicio que quieras hacer seguido de “Madrid es deporte”.
4. Reproduce el vídeo y sigue los pasos.

Ejemplos

1. Clase de equilibrio
2. Clase de bandas elásticas
3. Coordinación y movilidad articular
4. Estiramientos
5. Entrenamiento de fuerza
6. Mejorar la autonomía
7. Movilidad de espalda y hombros
8. Pilates para mayores

¡Ejercicios
en casa!



“Madrid es deporte” Youtube

Playlist de videos



- HIT
- Pilates
- Bandas elasticas
- Cardio
- Yoga
- Movilidad

Madrid Deporte



Canal oficial de
Youtube de la
CC.MM. con clases
de todo tipo.

Snacks



Micro-
entrenamientos,
donde sea y
cuando sea. 1
minuto es mejor
que 0.

Cómo mejorar la formación del residente en riesgo vascular



1. Dificultad para establecer objetivos de control dada la heterogeneidad de las guías clínicas.
2. Desconocimiento de:
 - Estrategias no farmacológicas.
 - Importancia de factores de riesgo menos conocidos.
 - Existencia de aplicaciones y calculadoras de riesgo vascular.
3. Ausencia de formación específica sobre técnicas de comunicación.
4. Escasa familiaridad con ensayos clínicos en marcha.
5. Desconocimiento de estrategias desarrolladas por otros profesionales.
6. Poco tiempo de formación específica o estudio.

Drogas de abuso y riesgo vascular





ESC

European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2024) **45**, 3415–3537
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae177>

ESC GUIDELINES

2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes

Developed by the task force for the management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC)

Various substances, including cocaine, opioids, and marihuana can have adverse effects on the cardiovascular system and have a potential for drug–drug interactions with cardiovascular medication.^{457–459}

Recreational substance use among patients with premature atherosclerotic cardiovascular disease

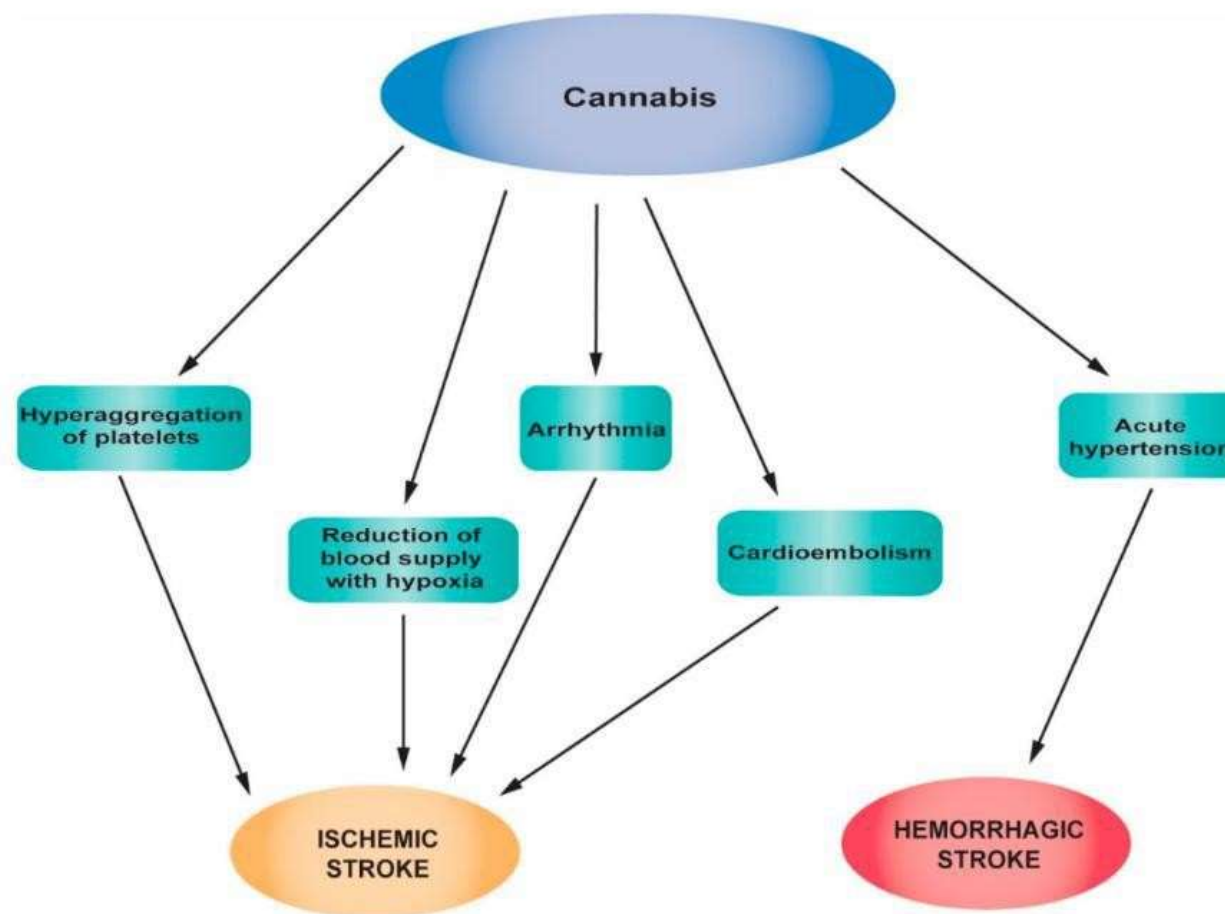
We show that patients with premature and extremely premature ASCVD have higher use of all recreational substances. The use of all subgroups of recreational substances was independently associated with a higher likelihood of early-onset ASCVD, despite adjustment for traditional atherosclerotic risk factors and concomitant use of other recreational substances. Women using recreational substances

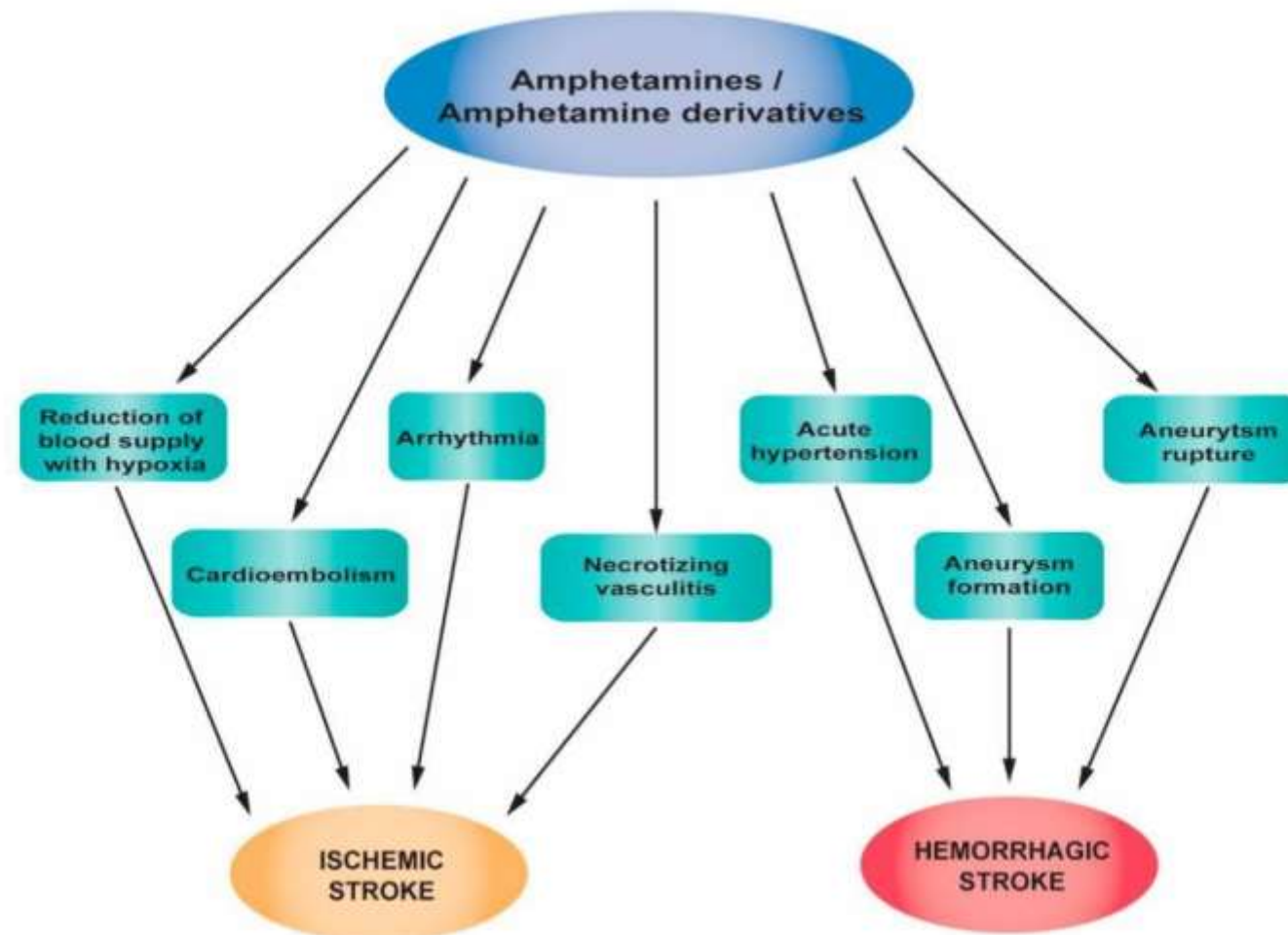
Association of Nonacute Opioid Use and Cardiovascular Diseases: A Scoping Review of the Literature

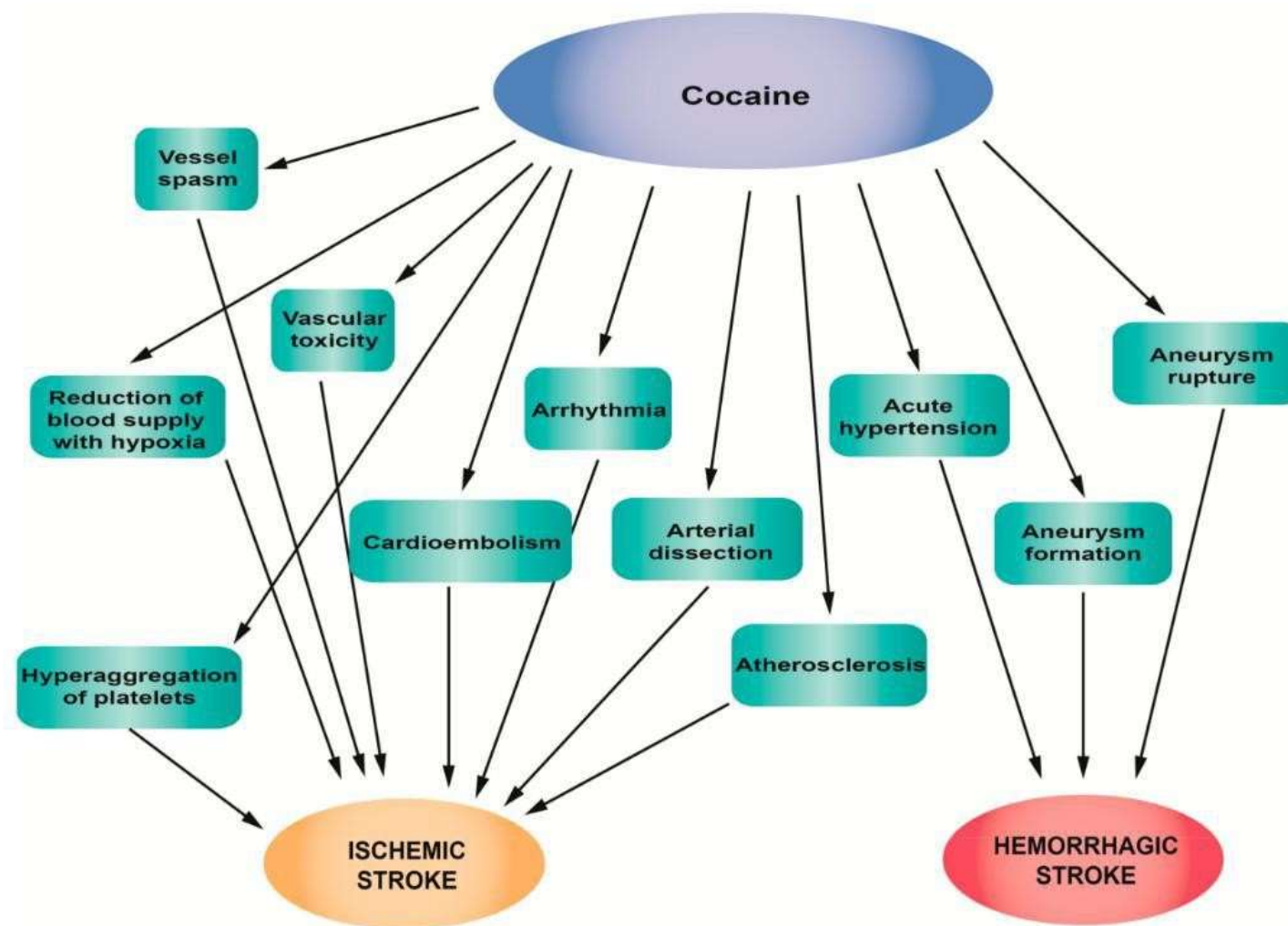
Jade H. Singleton , MPH, PhD; Erin L. Abner , PhD; Peter D. Akpunonu , MD; Anna M. Kucharska-Newton , PhD

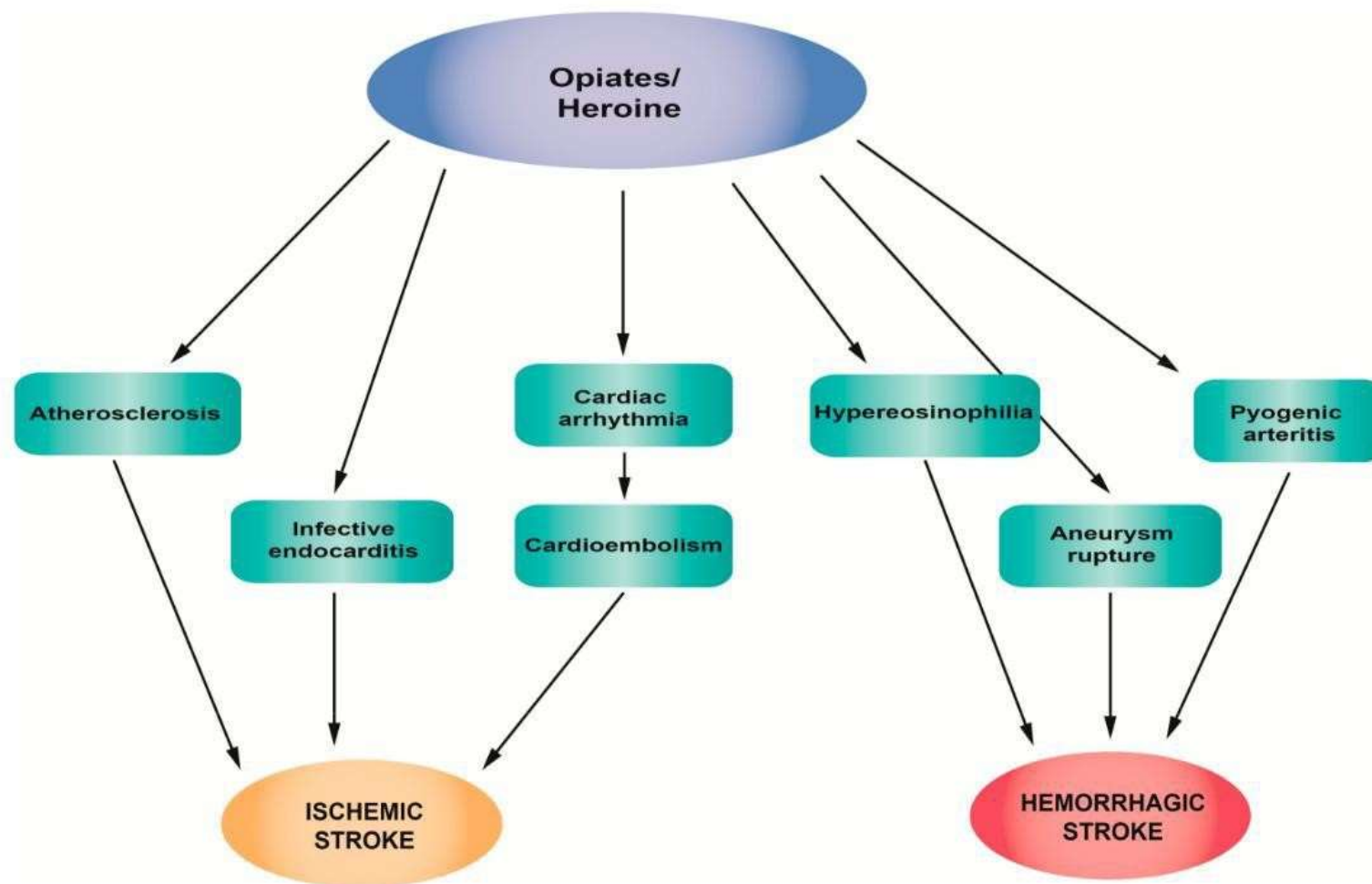
In conclusion, this review of the literature on the association of NOU with the risk of cardiovascular events provides summative evidence that such exposure poses a risk not only for cardiac disorders associated with infections caused by needle reuse, such as infective endocarditis, but may also predispose people to chronic cardiovascular disorders, including MI and arrhythmias. There is a dearth of high-quality evidence

Marijuana Use in Patients with Cardiovascular Disease: Current Knowledge and Gaps









Ictus en paciente joven



MESA 7: FACTORES DE RIESGO QUE NO SABEMOS MANEJAR

MODERADORA:

- Dra. Yasmin Drak. Atención Primaria. Centro de Salud Sánchez Morate.

PONENTES:

- Estrés y aislamiento social. Dra. Vanesa Abrines. Psicología. Centro de Psicología Tú Eliges Tu Vida. *presentación*

Objetivo: Revisar el papel del estrés (emocional y psicosocial; agudo/crónico) y el aislamiento social como factores de riesgo vascular.



Graphical Review

The role of oxidative stress in cardiovascular disease caused by social isolation and loneliness



Journal of the American Heart Association

AHA SCIENTIFIC STATEMENT

Effects of Objective and Perceived Social Isolation on Cardiovascular and Brain Health: A Scientific Statement From the American Heart Association

RESEARCH

Open Access

Associations of emotional social support, depressive symptoms, chronic stress, and anxiety with hard cardiovascular disease events in the United States: the multi-ethnic study of atherosclerosis (MESA)

Seyed Mohammad Riahi^{1*}, Ahmad Yousefi², Farhad Saeedi^{3,4} and Seth Shay Martin^{5,6}



- www.Madrid.es
 - Catálogo de recursos contra la soledad no deseada:
 - Talleres, centros municipales de mayores, acompañamiento en domicilio.
- www.nadiesolo.org: acompañamiento domicilio, hospitales, residencias
- www.fundacionlacaixa.org:
 - Programa siempre acompañados (Tfno:900223040)

MESA 8. ¿QUÉ EXPERIENCIA ESTAMOS TENIENDO?

MODERADORA:

- Dra. Alejandra Gullón. Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa.

PONENTES:

- Experiencia con Icosapento de etilo (IPE). Dr. Juan José Parra. Cardiología. Hospital Universitario de Móstoles.
- Nefroprotección. Dra. Beatriz Fernández. Nefrología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.
- Experiencia con Ac.Bempedoico. Dr. Leopoldo Pérez de Isla. Cardiología. Hospital Clínico San Carlos. *presentación*

Objetivo: Experiencia con estos fármacos. Cuándo utilizarlos y en qué perfil de paciente. Revisar las estrategias de nefroprotección.

Experiencia con ácido bempedoico



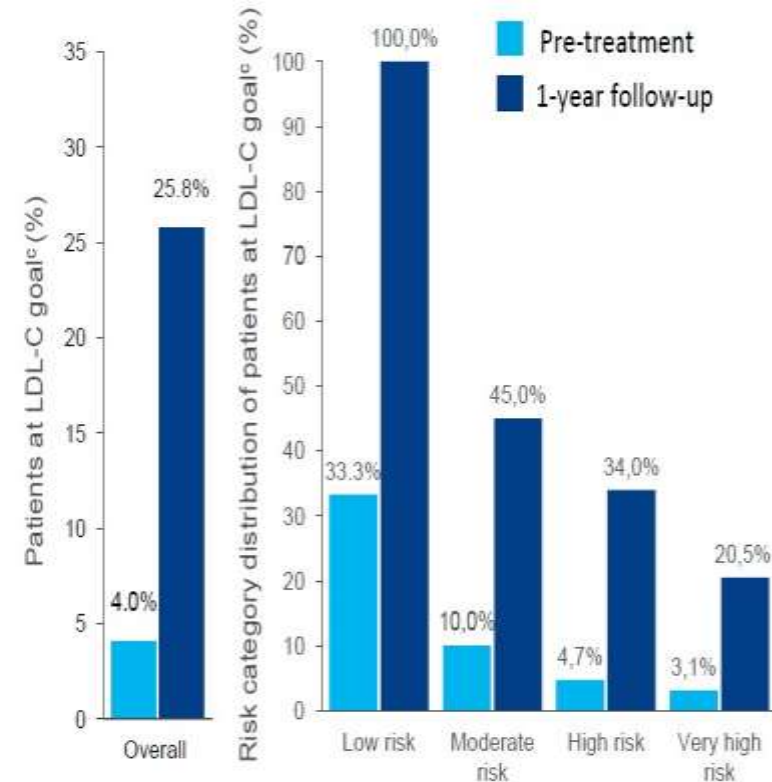
Effectiveness and safety of bempedoic acid in routine clinical practice: 1-year follow-up snapshot of the MILOS German cohort

The addition of BA as a treatment option was associated with an approximately 6-fold increase in the number of patients achieving their LDL-C goals,^a and an absolute increase of 21.8%

Among patients with available LDL-C data at baseline and 1-year^b (N=414^b), a mean relative LDL-C reduction of 27.3% compared to baseline was observed

Importantly, an increase in the proportion of patients at goal was observed in high- and very high-risk groups who have the strictest LDL-C goals

The safety and tolerability profile of BA are in line with data from randomised controlled trials



13.00 MESA 9. ASPECTOS DELICADOS. A FAVOR Y EN CONTRA.

14.00

h.

/MODERADORA:

- Dra. Nuria Muñoz. Medicina Interna. Hospital Universitario Infantil La Princesa.

PONENTES:

- ¿Por qué hay que cambiar el término cardiovascular por vascular? Dra. Carmen Suárez. Medicina Interna. Hospital Universitario La Princesa.
- Objetivo LDL sérum cerebral previa: igual o no que para el resto: Dr. Sebastián García. Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal *presentación* / Dra. Blanca Fuentes. Neurología. Hospital Universitario La Paz.
- ¿No lo creo/ no me lo creo. La presencia de pbca es determinante de alto riesgo y por lo tanto de objetivo LDL <55. Dr. Carlos Guisasa. Medicina Interna Hospital Universitario Fundación Alcorcón *presentación* / Dra. Beatriz López. Cardiología. Hospital Universitario La Princesa. *presentación*

Objetivos: Dirigir aspectos controvertidos.

LDL tras hemorragia intracraneal

- Resultados contradictorios.
- Medicina personalizada en función de localización, etiología, riesgo de recurrencias, riesgo aterotrombótico...
- La prevención de eventos isquémicos es mayor al riesgo hemorrágico ante la reducción de cLDL tras una hemorragia intracraneal.
- Hipolipemiantes, como la rosuvastatina y los iPCSK9, no aumentan el riesgo hemorrágico.
- En la actualidad se encuentra en proceso el ensayo clínico SATURN (multicéntrico, pragmático, prospectivo, aleatorizado, abierto y ciego de evaluación de punto final):
 - 1456 pacientes dentro de los 7 días tras una HIC lobar espontánea mientras toman estatinas: interrupción o continuación de la terapia con estatinas (usando el mismo agente y dosis que estaban usando al inicio de la HIC).

Objetivo LDL si hemorragia cerebral previa: ¿igual o no que para el resto?

Sebastián García Madrona Unidad de Ictus. Servicio
de Neurología Hospital Universitario Ramón y Cajal.



Resultados contradictorios

Review > [Arterioscler Thromb Vasc Biol.](#) 2023 Oct;43(10):e404-e442.

doi: 10.1161/ATV.000000000000164. Epub 2023 Sep 14.

Aggressive LDL-C Lowering and the Brain: Impact on Risk for Dementia and Hemorrhagic Stroke: A Scientific Statement From the American Heart Association

[Larry B Goldstein](#), [Peter P Toth](#), [Jennifer L Dearborn-Tomazos](#), [Robert P Giugliano](#), [Benjamin J Hirsh](#),

Prevención de eventos isquémicos >> riesgo hemorrágico

Resultados inconsistentes en asociación de c-LDL y riesgo hemorrágico

Hipolipemiantes con perfil de seguridad en hemorragia intracraneal

¿Es el riesgo de recurrencia hemorrágica dependiente de cohorte?, ¿dependiente del empleo de estatinas?

¿Estatina tras hemorragia intracraneal?



Ensayo clínico multicéntrico. N = 1456

Pragmatic, prospective, randomized, open-label, and blinded end-point assessment (PROBE).

Suspensión vs continuación de estatina previa tras hemorragia intracraneal

Inclusion Criteria:

1. Age $\geq$ 50 years.
2. Spontaneous lobar ICH confirmed by CT or MRI scan
3. Patient was taking a statin drug at the onset of the qualifying/index ICH
4. Randomization can be carried out within 7 days of the onset of the qualifying ICH
5. Patient or legally authorized representative, after consultation with the statin prescriber, agrees to be randomized to statin continuation (restart) vs. discontinuation

Exclusion Criteria:

1. Suspected secondary cause for the qualifying ICH, such as an underlying vascular abnormality or tumor, trauma, venous infarction, or hemorrhagic transformation of an ischemic infarct.
2. History of recent myocardial infarction (attributed to coronary artery disease) or unstable angina within the previous 3 months
3. Diabetic patients with history of myocardial infarction or coronary revascularization
4. History of familial hypercholesterolemia
5. Patients receiving proprotein convertase subtilisin kexin 9 (PCSK9. inhibitors)

Estatinas hidrofílicas:
-No atraviesan BHE
-No aumento riesgo
hemorrágico OR 0,67
(0,24-1,67)
-EC Jupiter
(Rosuvastatina)

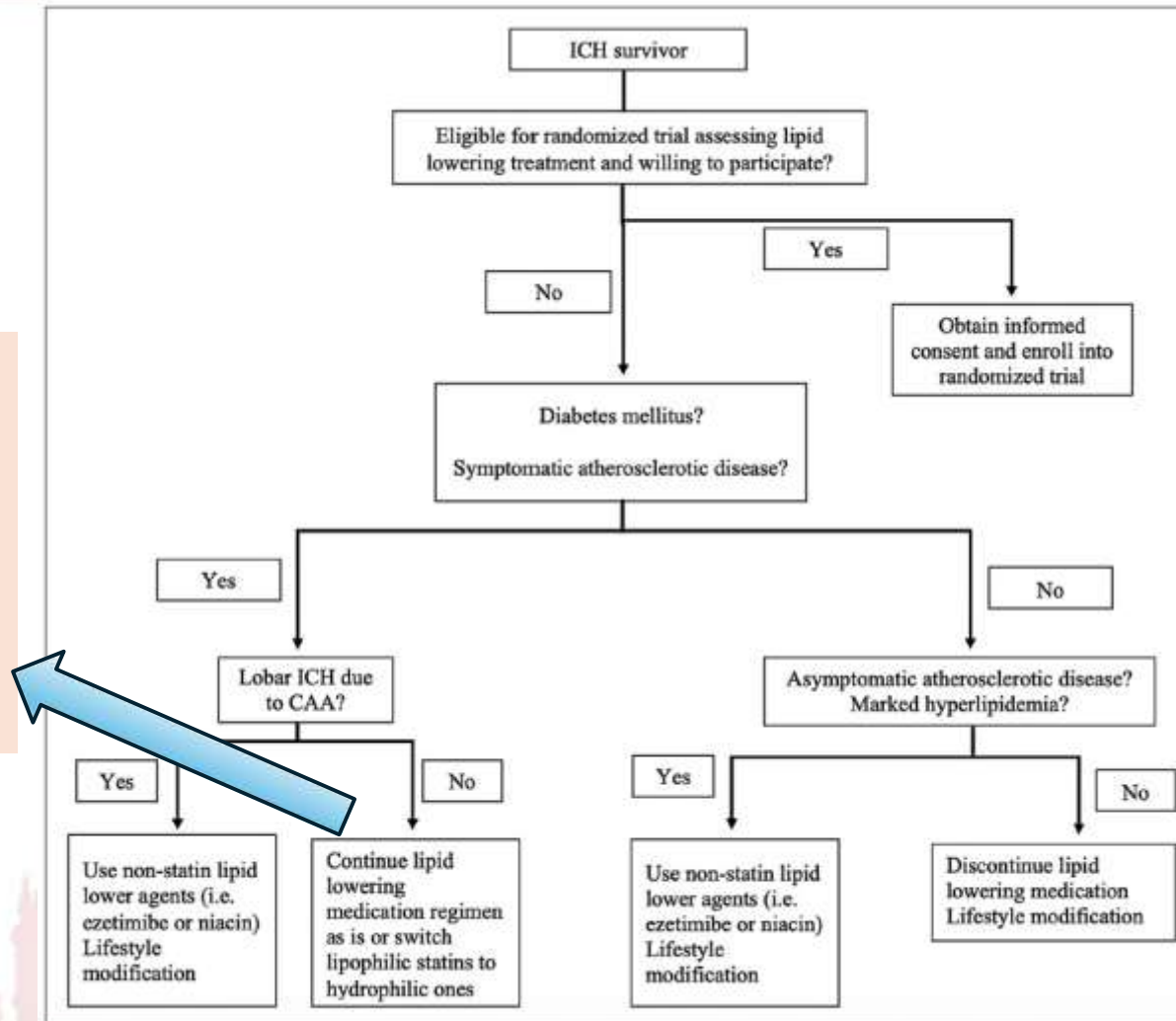


Figure. Proposed treatment algorithm for hyperlipidemia after intracerebral hemorrhage (ICH) based on the totality of available evidence.

Shoamanesh A, Selim M. Use of Lipid-Lowering Drugs After Intracerebral Hemorrhage. Stroke. 2022 Jul;53(7):2161-2170.

Randomized Controlled Trial > NEJM Evid. 2025 Jan;4(1):EVIDoa2400112.

doi: 10.1056/EVIDoa2400112. Epub 2024 Dec 24.

Long-Term Cognitive Safety of Achieving Very Low LDL Cholesterol with Evolocumab

André Zimerman ^{1 2}, Michelle L O'Donoghue ¹, Xinhui Ran ¹, KyungAh Im ¹, Brian R Ott ³,

- N=473
- Seguimiento 7.2 años (5,1 adicional)
- 62 años. LDL 35 mg/dl (RIC 21-55 mg/dl)

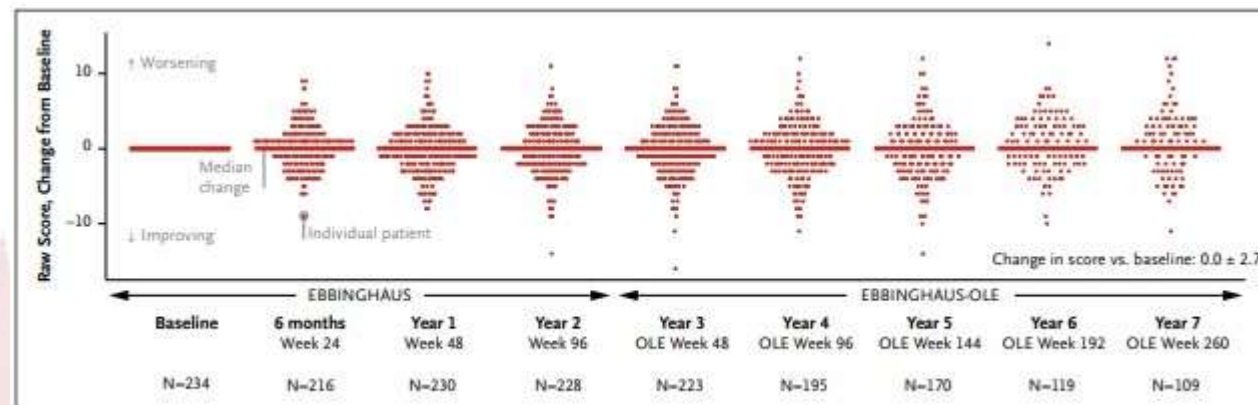
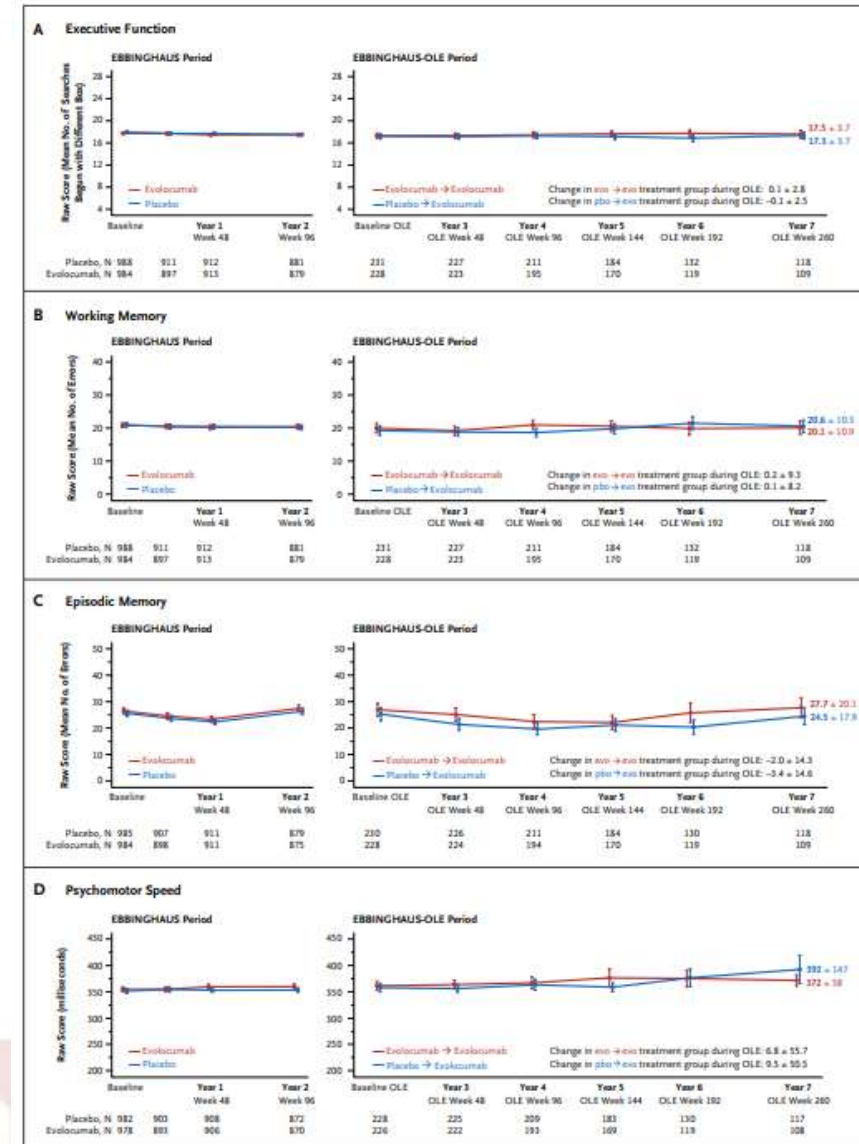


Figure 3. Long-term Change in Executive Function with Evolocumab.



Objetivo LDL si hemorragia cerebral previa: igual o no que para el resto

Blanca Fuentes
Jefe de Sección. Prof. Titular de Neurología
Servicio de Neurología y Centro de Ictus
Hospital Universitario La Paz
Universidad Autónoma de Madrid



Imagen:
Leonardo AI

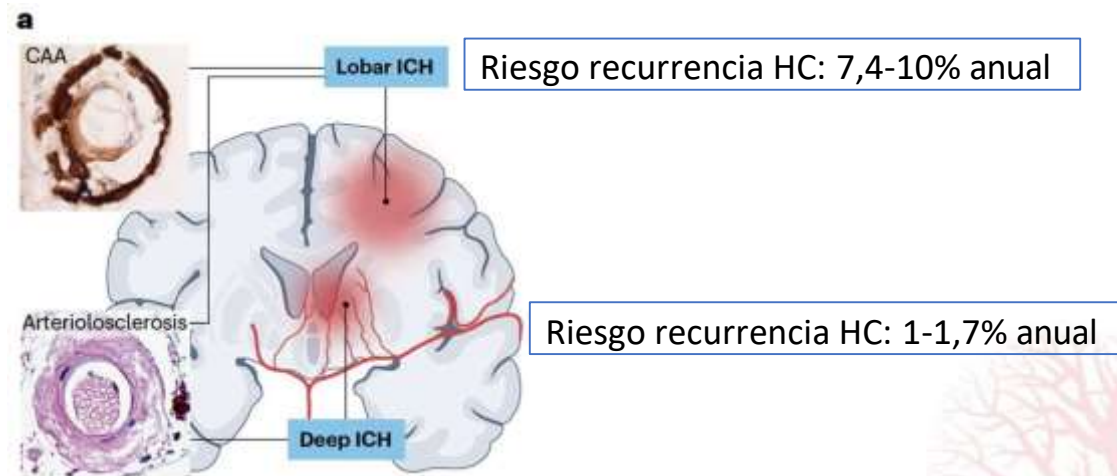
2

LA LOCALIZACIÓN IMPORTA

Nature Reviews Neurology | Volume 20 | December 2024 | 708-723

ETIOLOGÍA

- Primaria (80%)
- Secundaria
 - MAV, fístulas, aneurismas
 - Anticoagulantes
 - TVC
 - Vasculitis/vasculopatías
 - Tumores...



4

LOS RESULTADOS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS DE HIPOLIPEMIANTES NO SON APLICABLES A PACIENTES CON HC: INFRA-REPRESENTACIÓN

HIPOLIPEMIANTES

Edad media: 58-65 años

Ensayo/Fármaco	C.Isquémica	Ictus previo	HC PREVIA	Riesgo HIC
HPS	65%	15,9%	Excluidos	X 1,7
SPARCL	0%	100%	2%	
IMPROVE-IT-Ezetimiba	100%	3,8%	0%	
ODYSSEY-OUTCOMES-Alirocumab:	100%	5%	Excluidos	
FOURIER-Evolocumab:	81%	19%	Excluidos	
CLEAR-OUTCOMES-Ac. Bempedoico	51%	14%	0%	

10 veces menos riesgo de HC que los pacientes que ya han sufrido una

5

LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LA HEMORRAGIA CEREBRAL CLARAMENTE SEÑALAN LA INCERTIDUMBRE DEL BALANCE RIESGO/BENEFICIO HIPOLIPEMIANTES

AHA/ASA GUIDELINE

2022 Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association

Recommendations for Management of Other Medications Referenced studies that support recommendations are summarized in Data Supplements 80 and 91.		
COR	LOE	Recommendations
2b	B-NR	1. In patients with spontaneous ICH and an established indication for statin pharmacotherapy, the risks and benefits of statin therapy on ICH outcomes and recurrence relative to overall prevention of cardiovascular events are uncertain. ^{605–609}

- ICH Is the stroke subtype conveying the highest risk for subsequent ICH
- **RCT:**
 - SPARCL: increased risk of ICH with high-dose atorvastatin use in the setting of very-low-density lipoprotein levels
- **Statins:**
 - Lipophilic statins may be associated with higher rates of ICH than hydrophilic statins.
 - The decision to use statins in patients with ICH depends on risk assessment of ischemic cardiovascular and cerebrovascular events versus recurrent ICH.
- **iPCSK9:**
 - *Clinical trials have not suggested increased risk of first ICH but have not yet examined risk of recurrence in patients with prior ICH.*

6

ALGORITMOS DE MANEJO DE ESTATINAS: ACTITUD DIFERENCIAL EN LA HC LOBULAR

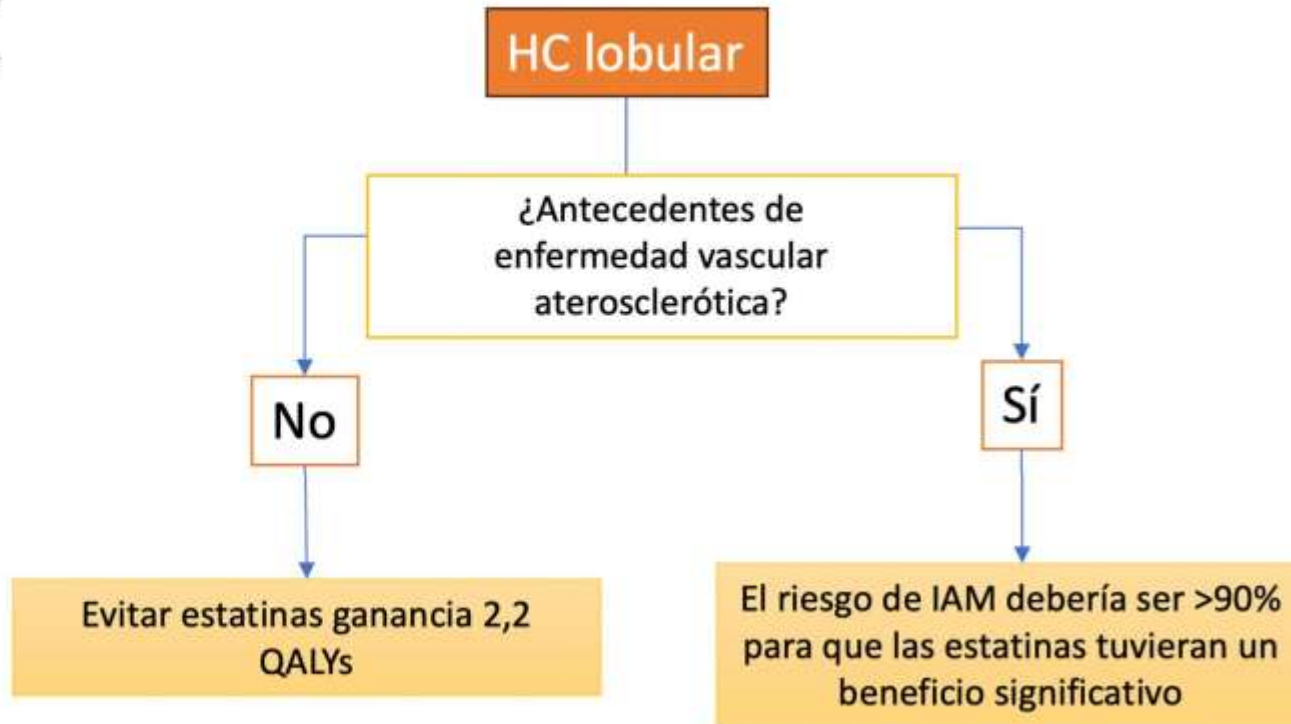
Should Statins be Avoided after Intracerebral Hemorrhage?

M. Brandon Westover, MD, PhD¹, Matt T. Bianchi, MD, PhD¹, Mark H. Eckman, MD, MS²,
and Steven M. Greenberg, MD, PhD¹*

¹Hemorrhagic Stroke Research Program, Department of Neurology, f
Hospital, and Harvard Medical School, Boston, MA 02114

²Division of General Internal Medicine and Center for Clinical Effectiv
Cincinnati, PO Box 670535, Cincinnati, OH 45267-0535

Arch Neurol. 2011 May ; 68(5): 573–579

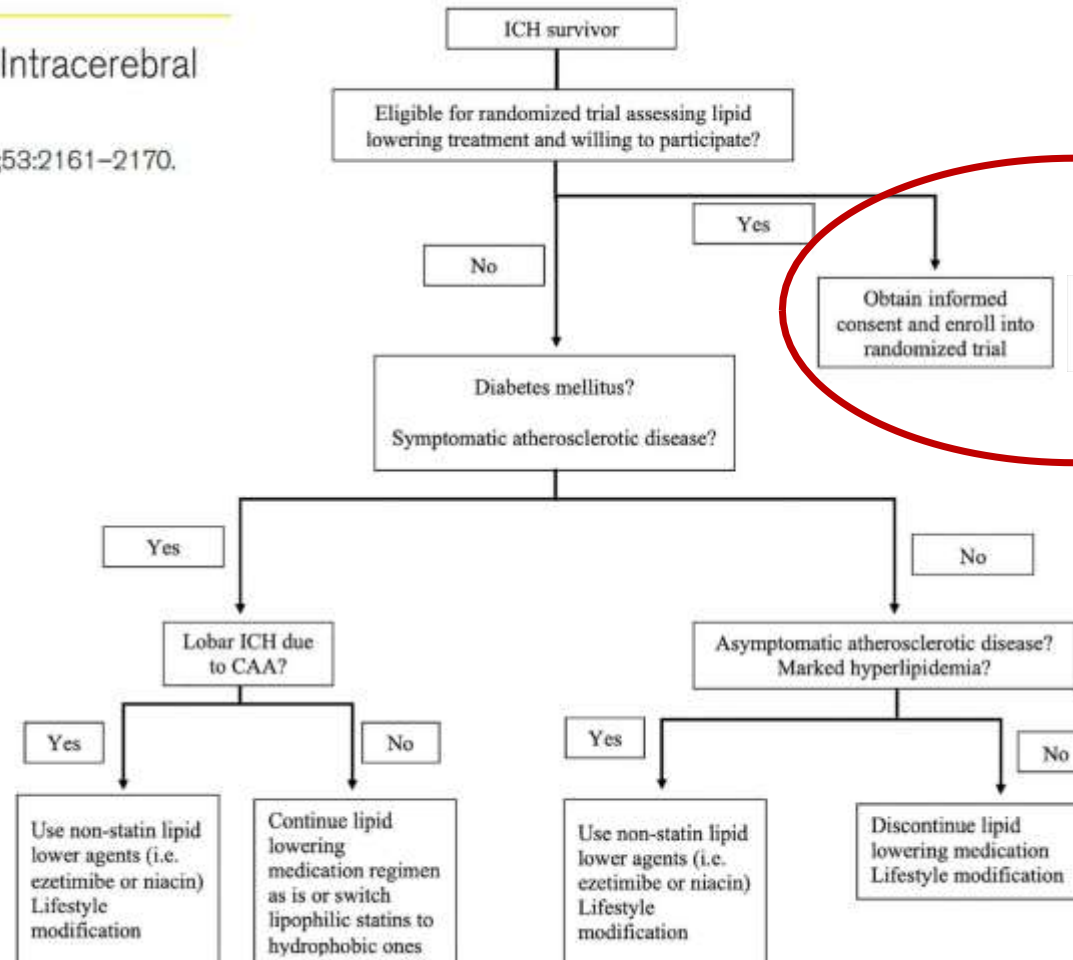
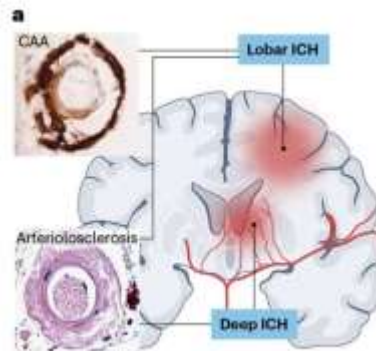


FOCUSED UPDATES

Use of Lipid-Lowering Drugs After Intracerebral Hemorrhage

Ashkan Shoamanesh¹, MD; Magdy Selim², MD, PhD

Stroke. 2022;53:2161–2170.



**Café
para todos**



**Medicina
Personalizada**



Imagen:
Leonardo AI



Localización y etiología de la HC

Riesgo
Recurrencias HC



Riesgo eventos
vasculares
aterotrombóticos



Ensayos clínicos aleatorizados

SATURN 

14.00 **NESA 10. LABORATORIO**

14.30 **MODERADOR:**

h.

- Dr. Antonio Ruiz. Atención Primaria. Centro de Salud Universitario Pinto.

PONENTES:

- Del laboratorio a la clínica. Factores emergentes en el riesgo vascular. **Dra. Nontserrat González Esteche.** Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica. Hospital General Universitario Gregorio Narañón.
- Establecimiento de alertas de laboratorio en la CAM e implementación en consulta de riesgo vascular. **Dr. José Antonio García Donaire.** Nefrología. Hospital Universitario Clínico San Carlos.

Objetivo: Señalar la importancia de la colaboración laboratorio-clínicos para la identificación de factores emergentes, como los metales pesados, en el riesgo vascular.

15.30 NESAJ. NUEVOS Y VIEJOS ACTORES A TENER EN CUENTA: CUÉNTAME LO QUE DEBA SABER.

MODERADORA:

h.

- De. Elena Bello. Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

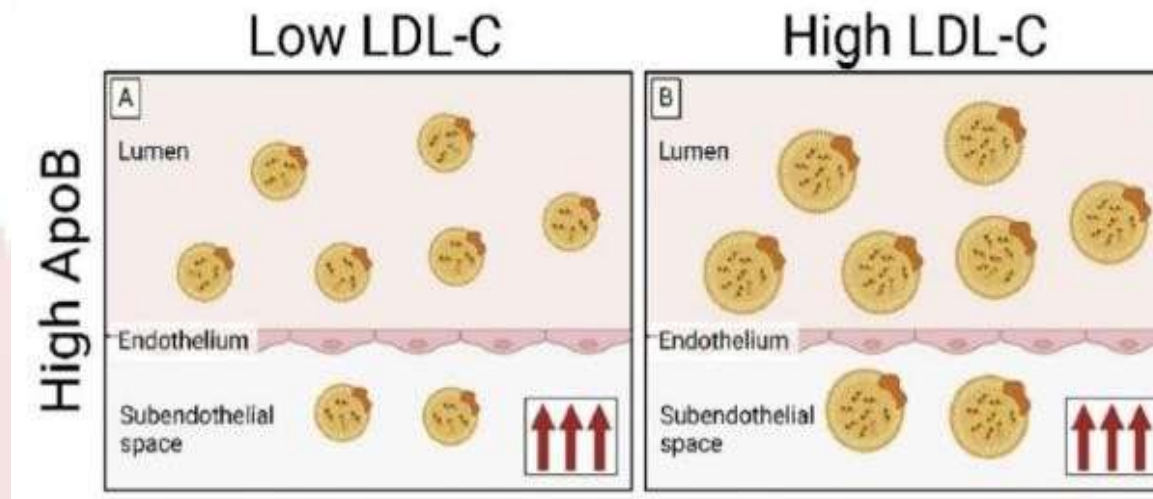
PONENTES:

- ¿De qué va la Apo B? Dr. Agustín Blanco. Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre. presentación
- Hematopoyesis clonal. Dr. Joaquín Mostaza. Medicina Interna. Hospital Carlos III. presentación
- Adherencia. ¿Nos puede ayudar la receta electrónica? Drx Camen Valdó y Llona. Atención Primaria Centro de Salud Fuencanal. presentación

Objetivos: Puesta al día sobre diferentes temas de actualidad en riesgo vascular.

ApoB

- Mejor cuantificación del riesgo vascular y superior en la guía del tratamiento hipolipemiante.
- Futuro: medición de ApoB en lugar de c-LDL con test de medición estandarizado.
- Precio asequible y disponible para todos los profesionales.



CHIP

Conjunto de células hematopoyéticas procedentes de un clon generado por una mutación inductora, cuya frecuencia alélica en sangre sea de al menos un 2%, en ausencia de neoplasia hematológica.

Asociación con arteriosclerosis:

- Activación del inflammasoma (NLRP3) y neutrófilos.
- Mayor interacción de monocitos y macrófagos clonales con el endotelio.
- Aumento de la formación de NET (trampas extracelulares neutrofílicas), de trombogénesis y fibrosis.
- Cambios epigenéticos ante modulación de la metilación del ADN.
- Alteraciones de la reparación vascular.

x 2 enfermedad coronaria
x 4 IAM
x 12 elevado calcio arterial

16.30 **NESA 12 RECUPERACIÓN VASCULAR**

17.30 **NODERADOR:**

h.

- **Dr. Jorge Gómez. Medicina Interna. Hospital Universitario Infanta Sofía.**

PONENTES:

- Rehabilitación cardíaca en casa: ¿es posible? **Dra. Cristina Contreras. Cardiología. Hospital Universitario La Paz. presentación**
- Gestión de los diferentes territorios en una unidad de Rehabilitación vascular; ¿habría que hacer lo mismo a todos?
 - Intervenciones comunes. Control de FR. **DUE Patricia Ibáñez. Enfermería. Hospital Universitario La Princesa.**
 - Aspectos propios de la patología coronaria. **Dra. Helena Contreras. Cardiología. Hospital Universitario de Nóstoles. presentación**
 - Aspectos propios de la patología arterial cerebral. **Dra. Lys García de la Peña. Neurorehabilitadora. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. presentación**
 - Aspectos propios de la patología arterial periférica. **Dr. Ignacio Nichel Guisasola. Cirugía Vascular. Hospital Universitario 12 de Octubre. presentación**

Objetivo: Revisar los modelos de rehabilitación vascular. Definir los aspectos comunes a la rehabilitación de cualquier territorio y las peculiaridades y necesidades específicas de los diferentes territorios.

17.30 MESA 13. HABLANDO DE NÁS COSAS.

18.30 MODERADORA:

h.

- Dra. Olga García Vallejo. Atención Primaria. Centro de Salud Universitario Alameda.

PONENTES:

- Riesgo vascular y cáncer. Dra. María Jesús Delgado. Medicina Interna. Hospital Universitario La Princesa. [presentación](#)
- Riesgo arterial y venoso: el endotelio nexo de unión. Dr. Agustín Arroyo. Angiología y Cifografía Vascular. Director de Medias Estudios Vasculares. Vicepresidente 1º Capítulo Español de Neurología y Linfología. [presentación](#)
- Enfermedad cerebrovascular: ¿es todo lo mismo?; son tres estrategias preventivas diferentes? Dra. Marta Guillán. Neurología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. [presentación](#)

Objetivo: Identificar áreas asistenciales para mejorar el control de la persona con riesgo vascular.

Riesgo vascular y cáncer

- Trasfondo común inflamatorio.
- Identificación temprana de factores de riesgo (HTA 40%) + implementación de medidas preventivas = reducir la incidencia.

Riesgo arterial y venoso: el endotelio como nexo de unión

La EVC en la escala CEAP entre C3-C6 (edemas - úlcera abierta) supone un fuerte predictor independiente de muerte por cualquier causa.

18.30 MESA 14. LO NUEVO DE LAS GUÍAS EN 10 DIAPOSITIVAS/ 10 MINUTOS

19.30 MODERADORA:

h.

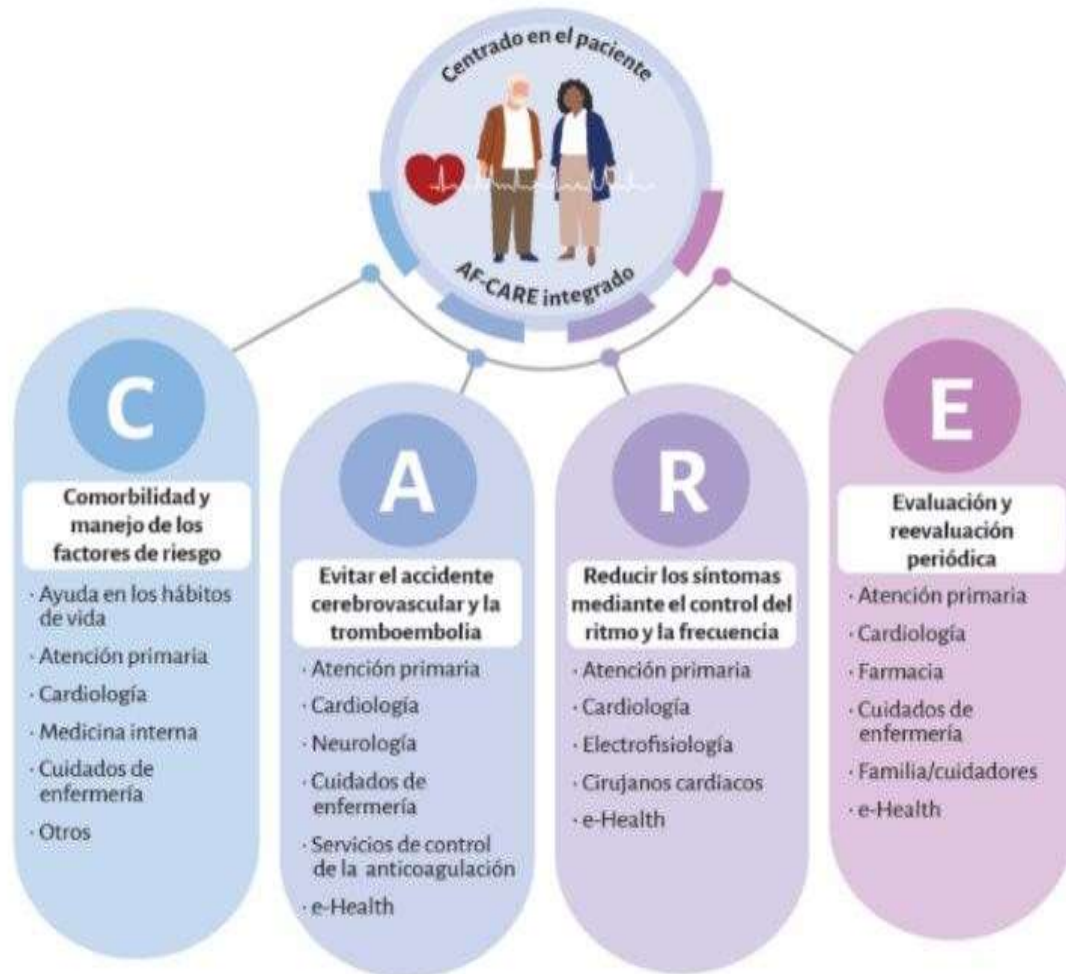
- De. Teesa Gijón. Atención PñmaÉa. Centro de Salud Tres Cantos Oficios. Servicio Nadrileño de Salud.

PONEHTES:

- FA. Dra. Isabel Egocheaga. Atención Primaria. Centro de Salud Isla de Oza. presentación
- Enfermedad coronaria. Dr. Carlos Escobar. CaÓiología. Hospital Universitario La Paz. presentación
- Enfermedad a1erial periférica. Dr. Antonio Martín. Ciru@a Vaxula. Hospital Universitario Pñncipe de AstuÚas.
- HTA Dfa. Esther Rubio. Nefrologúx Hospital UniversiQrio Puerta de Hierro Najadahonda.

Objetivo: Seleccionar de cada guía los 10 puntos mÓ relevantes y novedosos Un punto, un minuto.

Manejo de la FA



- Estrategia FA-CARE.
- Se retira el sexo en la escala CHA2DS2-VA.
- Uso de ACODs sobre AVK.
- Control de frecuencia laxo <110 lpm en reposo.
- Mayor importancia al control del ritmo.

Enfermedad coronaria

- Tecnología adecuada y formación profesional para la realización de pruebas complementarias de primera línea (angioTC, RM, PET).
- Restricciones en la financiación de fármacos como GLP1 en no DM supone una dificultad.

Editorial

Comentarios a la guía ESC 2024 sobre el diagnóstico y el tratamiento de los síndromes coronarios crónicos

Comments on the ESC 2024 guidelines for the management of chronic coronary syndromes

Grupo de Trabajo de la SEC sobre la guía ESC 2023 sobre el diagnóstico y el tratamiento de los síndromes coronarios crónicos y el Comité de Guías de la SEC

HTA

- Modificar hábitos de salud desde la detección de presión arterial elevada.
- Doble terapia desde el inicio: IECA / ARA II + calcioantagonista / diurético.



Clasificación de la presión arterial

Objetivo con tratamiento:
120-129/70-79 mmHg

Clasificación de la presión arterial		
Presión arterial no elevada	Presión arterial elevada	Hipertensión
PA en la consulta PA sistólica <120 mmHg o PA diastólica <70 mmHg	PA en la consulta PA sistólica 120-139 mmHg o PA diastólica 70-89 mmHg	PA en la consulta PA sistólica ≥140 mmHg o PA diastólica ≥90 mmHg

4^o CONGRESO AMAREVA

2025

27 y 28 de febrero

Auditorio Caja de Música
del Palacio de Cibeles



www.congreso2025.amareva.es