SAC
Sociedad Argentina de Cardiología

Cardio metabolismo.25

13 y 14 de AGOSTO 2025
La Rural, Predio Ferial
de Buenos Aires

LIBRO ABSTRACT:
PREMIOS ARTERY

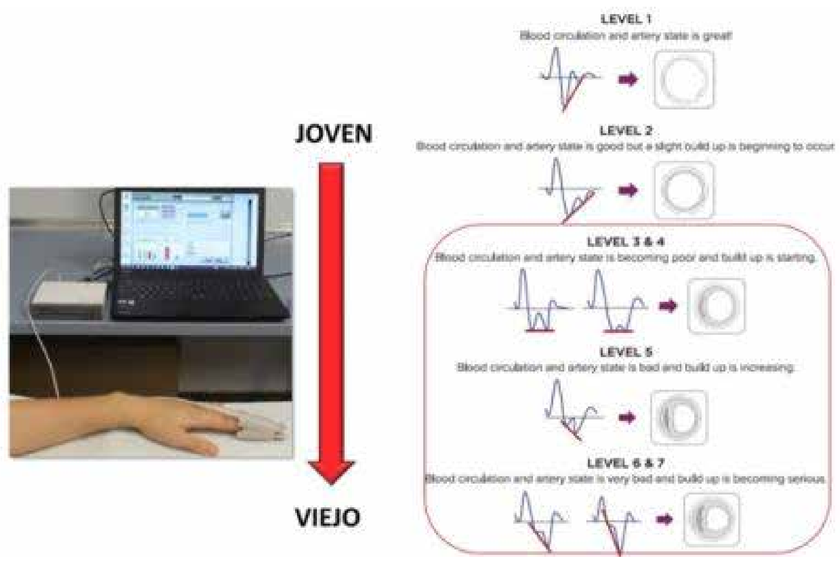
0038 - DETECCIÓN SILENCIOSA DEL DAÑO VASCULAR: UTILIDAD DE LA PLETISMOGRAFÍA DIGITAL ACELERADA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA Y ADULTA

Modalidad: Trabajos Científicos A Premio

Unidad Temática: Epidemiología y Prevención

MOROS, Claudio Gabriel[1] | SARDELLA, Ángela[1] | CHOE, Hyon Ju[1] | WAGMAISTER, Barbara[1] | PASTARO, Daniela[1] | GOLDSMAN, Alejandro[1] | PACHECO OTERO, Marisa[2] | NICOLOSI, Liliana Noemí[3]

Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutierrez[1]; Hospital General de Agudos B. Rivadavia[2]; HOSPITAL ESPAÑOL[3]



Antecedentes: La fotopletismografía digital acelerada (APG) es una técnica no invasiva que permite evaluar la salud vascular y el equilibrio del sistema nervioso autónomo (SNA) a través de la morfología de la onda de pulso digital. Su utilidad ha sido validada en adultos, pero su aplicación en edad pediátrica aún es escasa.

Objetivos: Evaluar la utilidad de la pletismografía digital de segunda derivada (APG) como método no invasivo para detectar alteraciones en la salud vascular (ASV) y el sistema nervioso autónomo (SNA) en pacientes pediátricos y adultos. Analizar su asociación con factores de riesgo cardiometabólicos y hallazgos ecográficos.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo observacional en pacientes atendidos en consultorio de cardiología. Se registraron variables antropométricas y presencia de factores de riesgo (tabaquismo, hipertensión, diabetes, dislipidemia). Se definieron como pacientes en riesgo (PER) aquellos con sobrepeso, obesidad y/o al menos un factor de riesgo. Se utilizó el dispositivo Max Pulse® para evaluar ASV (puntaje >= 3) y parámetros autonómicos (balance simpático-parasimpático, estabilidad electrocardíaca). En un subgrupo (29,5%) se realizó ecografía Doppler carotídea para valorar espesor íntima-media (IMT) y presencia de placas. Se aplicaron análisis estadísticos (regresión logística, test exacto de Fisher, odds ratio, área bajo la curva ROC ratio y pruebas de significación).

Resultados: Se incluyeron 414 pacientes (56% varones), con edad media de 19 ± 16,4 años (rango 5–84) mediana 12 años, de los cuales el 75,4% eran pediátricos (<= 18 años). El 54,6% fueron PER. Las prevalencias fueron: obesidad 25,8%, sobrepeso 20,8%, dislipidemia 15,7%, tabaquismo 2,9%, hipertensión 9,4% y diabetes 1,2%. La APG detectó ASV en el 17,1%, asociadas significativamente a edad adulta, obesidad, hipertensión arterial, dislipidemia, tabaquismo, disbalance autonómico, inestabilidad electrocardíaca y condición de PER (p<0,05). La regresión logística mostró como predictores independientes: obesidad (p=0,001), inestabilidad electrocardíaca (p=0,008) y edad como variable continua (p<0,001; OR 1,09; IC 95%: 1,05–1,13), evidenciando un riesgo progresivo por año de vida. El análisis ROC para edad arrojó un AUC de 0,748 (IC 95%: 0,685–0,811; p<0,001), indicando buena capacidad discriminativa. En el subgrupo con ecografía (n=122), el 34,4% presentó IMT aumentado y/o placas, con asociación significativa con la presencia de ASV (OR 4,0; p=0,000). En pediatría, la APG mostró sensibilidad del 50%, especificidad del 85%, VPP 57% y VPN 81%, con AUC 0,675.

Conclusiones: La APG permitió detectar de forma no invasiva daño vascular subclínico en el 17% de los pacientes, el cual se asoció de manera independiente con la edad, que actuó como un predictor progresivo (OR 1,09 por año; +9,2% de riesgo anual), con la obesidad, que quintuplicó la probabilidad de daño (OR 5,37), y con la disfunción autonómica, que prácticamente triplicó el riesgo de alteración de la salud vascular. Estos hallazgos refuerzan el valor de la APG como herramienta accesible para la detección precoz y silenciosa del riesgo vascular en poblaciones pediátricas y adultas, subrayando la necesidad de intervenciones preventivas desde etapas tempranas.

0043 - HI-SCORE: ÍNDICE HEMODINÁMICO-INFLAMATORIO-ESTRUCTURAL PARA LA ESTRATIFICACIÓN PRECOZ DEL RIESGO VASCULAR SUBCLÍNICO Y SU VALIDACIÓN CON ECODOPPLER CARDÍACO Y CAROTÍDEO EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO

Modalidad: Trabajos Científicos A Premio

Unidad Temática: Cardiometabolismo

CHONG VELÁSQUEZ, Eugenia Paola[1] | FAVINI, Agustin[1] | MIGONE, Juan Francisco[1] | NUÑEZ, Myriam[2] | MOSTEIRO, Nicolás[3]

SANATORIO MODELO DE CASEROS[1]; FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (UBA), ARGENTINA.[2]; INVESTIGADOR INDEPENDIENTE[3]

Variable	Mediana	Media	Desvío Estándar	Mínimo	Máximo	Rango Intercuartil
RVS (dyne·sec·cm^{-5})	2285	2215,3	553,7	724	3698	754,5
PP (mmhg)	62	58,4	10,6	20	87	6
Z0 (Ω)	19,7	20,9	5,3	9,3	35,1	4,75
Hb1AC (%)	7,4	7,5	1,4	5,2	15	0,8
PCR (mg/L)	3,4	3,5	2,4	0,2	14,2	4,0
IMC (kg/m^2)	32	32	6,7	22,7	106,3	4,2
CFT cm)	322	328,9	38	45	480	22
FEVI (%)	64,5	63,6	6,8	29	79	10
VOLUMEN AI (ml/cm2)	71,5	69,3	43,5	26,1	575,1	24,7
IMT (mm)	0,8	0,8	0,2	0,4	1,4	0,3
PSV (CM/S)	95	93,1	27,4	44	156	50,3

Antecedentes: El síndrome metabólico (SM) constituye una condición inflamatoria crónica caracterizada por la convergencia de factores de riesgo como obesidad abdominal, dislipidemia, hipertensión e hiperglucemia, que actúan sinérgicamente en el desarrollo de disfunción endotelial, rigidez arterial y remodelado vascular precoz. Si bien su asociación con eventos cardiovasculares mayores es ampliamente conocida, la identificación de daño vascular subclínico antes de la aparición de manifestaciones clínicas sigue siendo un desafío.

Objetivos: Objetivo general. Desarrollar y validar el HI-score como un índice Hemodinámico-inflamatorio-estructural para la detección precoz del riesgo vascular subclínico en pacientes con síndrome metabólico. Objetivos Específicos: 1. Construir el HI-score a partir de 7 variables seleccionadas provenientes de cardiografía por impedancia y biomarcadores metabólicos e inflamatorios. 2. Evaluar la asociación del HI-score con alteraciones subclínicas de la función vascular: rigidez arterial, disfunción diastólica y daño carotídeo subclínico. 3. Determinar la capacidad discriminativa del HI-score mediante análisis ROC, estableciendo puntos de corte para categorizar riesgo bajo, intermedio y alto.

Materiales y métodos: Se diseñó un estudio observacional, transversal y analítico en 174 pacientes adultos con diagnóstico de SM según criterios del NCEP ATP III. Se incluyeron individuos mayores de 18 años con disponibilidad de estudios de ICG, ecocardiograma Doppler cardíaco, Doppler carotídeo bilateral, y análisis de laboratorio completo. Se excluyeron pacientes con enfermedad cardiovascular clínica establecida, enfermedad renal crónica estadio = 3, embarazo o condiciones inflamatorias agudas. Se utilizó estadística descriptiva, análisis de correlación de Spearman y curvas ROC para evaluar la capacidad discriminativa del score. Se construyó el HI-score asignando 1 punto por cada una de las siguientes variables alteradas: -RVS > 2000 dyn·s·cm^{-5}. -Z0 < 20 ohmios. -PP > 60 mmHg. -CFT < 330 ms. -PCRus > 2 mg/L. -HbA1c > 6,5%. -IMC > 30 kg/m^2. Se definieron tres categorías de riesgo vascular subclínico: -Bajo: HI-score ≤ 3 -Intermedio: 4–6 -Alto: ≥ 7 Los eventos subclínicos se definieron como: -arterial: PP > 60 mmHg -Disfunción diastólica del VI: Relación E/A alterada, LAVI > 34 ml/m^2 -Daño estructural carotídeo: IMT > 0,9 mm, presencia de placas. Se aplicó estadística descriptiva, correlación de Spearman y curvas ROC para evaluar la capacidad discriminativa del HI-score.

Resultados: De los 174 pacientes, el 32% presentó HI-score alto (n=55), 40% intermedio (n=70) y 28% bajo (n=49). La media del HI-score fue de 4,3 ± 1,9. Se encontró correlación positiva moderada con LAVI (Índice de volumen auricular izquierdo) y presencia de placas carotídeas ; correlación positiva débil con disfunción diastólica avanzada (E/A >2 + LAVI >34): r = 0,293, p < 0,0001, pero no significativa con relación E/A aislada: r = 0,077, p = 0,312, lo que refuerza la necesidad de un enfoque multimodal como el que propone el HI-Score. El modelo mostró rendimiento estadístico sólido en esta cohorte, con buena capacidad discriminativa según las curvas ROC y correlaciones significativas.

Conclusiones: El HI-score es una herramienta robusta, sencilla, no invasiva y clínicamente aplicable para la estratificación temprana del riesgo vascular subclínico en pacientes con síndrome metabólico. Su sólida validación estadística, junto con su aplicabilidad ambulatoria y bajo costo, lo posicionan como un modelo innovador para la prevención cardiovascular. La integración del HI-score en la práctica clínica podría optimizar los algoritmos de decisión clínica, anticipar intervenciones terapéuticas y contribuir significativamente a reducir la carga de enfermedad vascular y mejorar la prevención cardiovascular.

0044 - DEFICIENCIA DE VITAMINA D E HIPER RESISTENCIA VASCULAR EN EL SÍNDROME METABÓLICO: ASOCIACIÓN CON HEMODINÁMICA NO INVASIVA E INFLAMACIÓN SUBCLÍNICA EVALUADA POR CARDIOGRAFÍA POR IMPEDANCIA

Modalidad: Trabajos Científicos A Premio

Unidad Temática: Cardiometabolismo

CHONG VELÁSQUEZ, Eugenia Paola[1] | FAVINI, Agustín[1] | MIGONE, Juan Francisco[1] | PACO OSINAGA, Limbert Álvaro[1] | DELRIO, María Paz[1] | NUÑEZ, Myriam[2] | MOSTEIRO, Nicolás[3]

SANATORIO MODELO DE CASEROS[1]; UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (UBA). FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA. CÁTEDRA DE MATEMÁTICA.[2]; INVESTIGADOR INDEPENDIENTE[3]

Variable	$\bar{X}$	Desvio	CV	1er Cuartil	3er Cuartil	LI(95%)	LS(95%)
Edad	58,2	9,8	16,9	52,0	66,0	56,8	59,7

TABLA 1

Variable	Mediana	Mínimo	Máximo	Rango Intercuartil
VitD3 (ng/mL)	18	7,4	41,4	3
PCR (mg/L)	3,4	0,1	14,2	4,03
RVS (dyne·sec·cm^{-5})	2279	724	3698	740,5
IRV (dyne·sec·cm^{-5})	2778,5	1816	5963	1446
Tiempo DBT (años)	6	0	21	7
(mg/dL)	171	102	368	41
HDL (mg/dL)	38	25	82	13
Triglicéridos (mg/dL)	180	51	562	73
LDL(mg/dL)	100	29	244	58
LDH (U/L)	350	58	715	51
HbA1C (%)	7,4	5,2	15	8,8
IMC (kg/m^2)	32	22,7	186,3	4,7
T3 (pg/dL)	1,87	0,6	98	0,27
T4 (pg/dL)	1,21	0,8	14,1	2,34
TSH (µU/mL)	1,46	0,89	13,58	0,60
PAS (mmHg)	140	104	197	9
PAD(mmHg)	93	55	110	8
PAM(mmHg)	109	76	139	9
Vit B 12 (pg/mL)	312	165	783	122

TABLA 2

Antecedentes: La vitamina D cumple funciones extracalcémicas fundamentales, incluyendo la regulación del sistema renina-angiotensina, el tono vascular y la inflamación. En el síndrome metabólico (SM), caracterizado por disfunción endotelial e inflamación de bajo grado, la deficiencia de 25-hidroxivitamina D [25(OH)D] podría amplificar el daño vascular precoz. Pese a su relevancia clínica, aún no ha sido claramente caracterizada su asociación con parámetros funcionales no invasivos como la resistencia vascular sistémica (RVS) o el índice de resistencia vascular (IRV). La cardiografía por impedancia (CVI) permite evaluar de manera no invasiva la mecánica vascular, mientras que la proteína C reactiva ultrasensible (PCRus) actúa como un marcador sensible de inflamación subclínica. Este estudio integró ambas herramientas con biomarcadores bioquímicos, para explorar la relación entre 25(OH)D, hemodinámica vascular e inflamación en pacientes con SM.

Objetivos: Analizar la asociación entre niveles séricos de 25(OH)D, RVS, IRV y PCRus en pacientes con síndrome metabólico, considerando variables clínicas como edad, sexo, IMC y tiempo de diabetes.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, en una cohorte de 174 pacientes adultos con SM (criterios NCEP ATP III). Se excluyeron pacientes con enfermedad cardiovascular, TFG <30 ml/min/1,73 m², procesos inflamatorios agudos, embarazo o suplementación de vitamina D >1000 UI/día. Evaluaciones: -Hemodinámica: RVS e IRV por CVI (Z-Logic Exxer®) -Bioquímica: 25(OH)D (quimioluminiscencia), PCRus (inmunoturbidimetría) -Clínica: edad, sexo, IMC, presión arterial, HbA1c, perfil lipídico, tiempo de diabetes Análisis estadístico: Se aplicó correlación de Spearman y regresión lineal multivariada ajustada. Se usaron pruebas no paramétricas para comparar PCRus entre grupos de hipertensión y diabetes.

Resultados: La edad promedio fue de 58,2 años; el 51,1 % eran hombres. IMC: 32 kg/m², Mediana de 25(OH)D: 18 ng/mL (68 % con niveles <20 ng/mL), RVS: 2279 dinas·s·cm^{-5}; IRV: 2778,5; PCRus: 3,4 mg/L. Correlaciones clave: 25(OH)D mostró correlación negativa moderada con RVS (r = –0,436) y PCRus (r = –0,302), y débil con IRV (r = –0,274); todas significativas (p < 0,01). Tras ajuste multivariado (edad, sexo, IMC, diabetes), se mantuvieron: 25(OH)D–RVS (r = –0,424), 25(OH)D–IRV (r = –0,310), 25(OH)D–PCRus (r = –0,321). La correlación entre RVS e IRV fue positiva (r = 0,236), indicando coherencia entre ambos parámetros hemodinámicos. La PCRus aumentó progresivamente según el grado de hipertensión (p = 0,004), siendo significativamente mayor en HTA grado 1 comparado con presión arterial normal.Los pacientes con diabetes presentaron valores de PCRus significativamente mayores que los prediabéticos (p < 0,001).

Conclusiones: La deficiencia de vitamina D se asocia con hiper resistencia vascular e inflamación subclínica en el Síndrome Metabólico (SM), de forma independiente a edad, sexo, IMC y diabetes. Los niveles bajos de 25(OH)D podrían actuar como biomarcador vascular funcional temprano y posible diana terapéutica. La CVI emerge como herramienta útil y no invasiva para la detección precoz de disfunción vascular, mientras que la PCRus permite caracterizar el estado inflamatorio asociado. Integrar ambos enfoques en la evaluación clínica del SM puede mejorar la estratificación de riesgo y facilitar intervenciones personalizadas para prevenir eventos cardiovasculares.

0045 - ESTRATIFICACIÓN AVANZADA DEL RIESGO EN LA ATEROSCLEROSIS: MODELOS DE APRENDIZAJE AUTOMÁTICO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE UNA ALTA CARGA DE PLACA CAROTÍDEA

Modalidad: Trabajos Científicos A Premio

Unidad Temática: Cardiometabolismo

Unidad Temática 2: Hipertensión Arterial

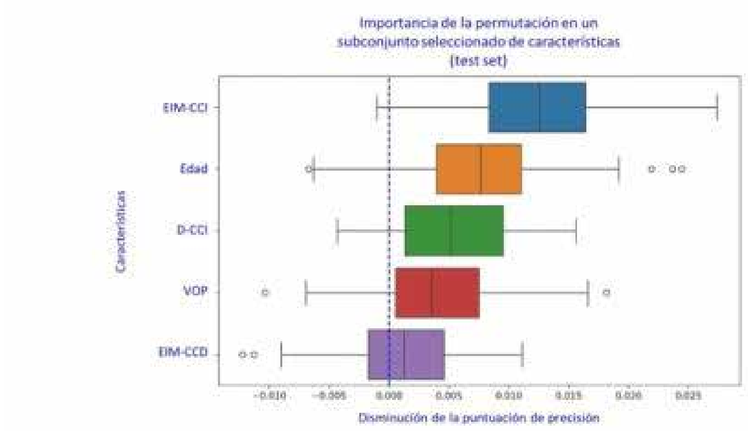
OBREGON, Sebastian Eduardo[1] | AGUSTÍN, Battaglia[2] | BAMONTE, Marcos[2]

CENTRO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ENVEJECIMIENTO VASCULAR. HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL.[1]**; LABORATORIO DE INVESTIGACIÓN, DESARROLLO Y TRANSFERENCIA DE LA UNIVERSIDAD AUSTRAL (LIDTUA).**[2]

Antecedentes: La evaluación precisa de la carga aterosclerótica es esencial para predecir eventos cardiovasculares y guiar las estrategias terapéuticas. El área total de placa carotídea (ATPC) se ha consolidado como un biomarcador de imagen robusto, que proporciona una evaluación integral de la carga de placa, más allá de las mediciones tradicionales de estenosis luminal. A diferencia de las evaluaciones convencionales que se centran únicamente en la gravedad de la estenosis, la ATPC ofrece una representación más detallada del proceso aterosclerótico. La consideración de la carga aterosclerótica mejora la estratificación del riesgo, facilitando la identificación temprana de individuos de alto riesgo. Una comprensión más profunda de la ATPC en la cuantificación de la carga aterosclerótica es crucial para optimizar las estrategias de prevención y manejo de enfermedades cardiovasculares. En publicaciones previas, se ha establecido en una población hospitalaria de prevención primaria cardiovascular, los percentilos ajustados a edad y sexo de la ATPC.

Objetivos: Este estudio busca utilizar técnicas de aprendizaje automático para analizar variables claves asociadas con la ATPC y desarrollar un modelo predictivo capaz de identificar con precisión a individuos en el percentilo 75 o superior para su edad y sexo. Mediante el uso de métodos analíticos avanzados, este enfoque busca mejorar la estratificación del riesgo, optimizar la detección temprana de poblaciones de alto riesgo e informar estrategias específicas de prevención cardiovascular.

Materiales y métodos: Este estudio utilizó un conjunto de datos de un estudio previamente publicado que incluyó a 5775 sujetos consecutivos remitidos para evaluación cardiovascular, en los que se evaluó la carga aterosclerótica mediante ecografía vascular bidimensional (Criterios de Mannheim-Consenso SAC) de las arterias carótidas utilizando un sistema de modo B de alta resolución con un transductor lineal de 10 MHz (ESAOTE MyLab 40, Génova, Italia). El examen carotídeo incluyó vistas transversales y longitudinales anterior, lateral y posterolateral de las paredes cercana y lejana de las arterias carótidas comunes, bifurcaciones y segmentos proximales de las arterias carótidas interna y externa. Se definió la placa como un engrosamiento focal de la pared (protuberante) en imágenes longitudinales magnificadas con una altura máxima o espesor íntima-media (EIM) 50 % mayor que el EIM circundante. Para mejorar la especificidad, la precisión y la concordancia interobservador, solo se incluyeron las placas focales con un umbral de EIM ≥1 mm observadas tanto en las vistas longitudinales como transversales. En caso de engrosamiento difuso de la pared, utilizamos un umbral de EIM ≥1,5 mm para considerar la presencia de una placa. El área de la placa carotídea se midió en mm² trazando la circunferencia con el cursor en la pantalla para cada una de las vistas más grandes de la placa alrededor de la arteria desde el extremo proximal al distal, considerando les espesores mencionados. Se determinaron mediciones no invasivas de la presión arterial sistólica (PAS) y la presión arterial diastólica (PAD), la frecuencia cardíaca (FC) y un valor estimado de la velocidad de la onda del pulso (VOP), así como las variables derivadas del análisis de los distintos puntos de determinación de las curvas obtenidas y el cálculo de sus magnitudes, mediante el dispositivo Mobil-O-Graph® (IEM, Stolberg, Alemania). La cohorte incluyó un 61% de hombres, con una edad media de 51,3 años (desviación estándar: 10,6 años) y una prevalencia general de placa carotídea del 51%. Se utilizaron variables/características derivadas de los datos clínicos, ultrasonográficos, y de biomecánica arterial derivados del análisis de la onda de presión arterial. Entrenamos cinco algoritmos de aprendizaje automático, a saber, DT (Decision Tree), RF (Random forest), XGBoost (Extreme Gradient Boosting), KNN (k-nearest neighbors) y SVM (Support Vector Machine), y empleamos diferentes métodos de importancia de características para identificar las variables más relevantes que predicen pacientes con ATPC en el percentil 75, con buena precisión (>0,74).



Resultados: Nuestros hallazgos muestran que las variables más relevantes son: el espesor íntima-media de la carótida común izquierda (EIM-CCI), la VOP, la edad, el espesor íntima-media de la carótida común derecha (EIM-CCD), y el diámetro de la arteria carótida común izquierda (D-CCI). Además, la mayoría de las pruebas realizadas coinciden en este conjunto de las cinco variables más importantes para predecir la presencia de pacientes en el tercer cuartil de la ATPC. Los modelos RF y KNN predijeron con una precisión de 0,77 o superior si los pacientes se encontraban dentro o fuera del percentil 75 de la ATPC.

Conclusiones: Este estudio demuestra la utilidad del aprendizaje automático para identificar a individuos con una carga aterosclerótica elevada, definida como una ATPC en el percentil 75 o superior para la edad y el sexo. Los predictores claves incluyen el EIM-CCI, la VOP, la edad, el EIM-CCD y el D-CCI, con modelos que alcanzan una alta precisión predictiva. Estos hallazgos respaldan la integración del aprendizaje automático en la estratificación del riesgo cardiovascular, lo que podría mejorar la detección temprana y las estrategias de prevención dirigidas.

0046 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESPURIA EN EL ANCIANO: IMPLICANCIAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA RIGIDEZ ARTERIAL Y LA DISOCIACIÓN ENTRE PRESIÓN AORTICA BRAQUIAL Y CENTRAL

Modalidad: Trabajos Científicos A Premio

Unidad Temática: Hipertensión Arterial

MISERQUE FILIPPELLI, Leila Ayelén

HOSPITAL BRITÁNICO, HOSPITAL ITALIANO, HOSPITAL GANDULFO, CEMEDIC Y SOCIA CO FUNDADORA DE CEPRECARDIO

Antecedentes: La hipertensión arterial (HTA) constituye uno de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) a nivel mundial, especialmente en la población adulta mayor, donde su prevalencia se incrementa de manera notable con el envejecimiento. Sin embargo, el diagnóstico y manejo de la HTA en el anciano siempre representa un gran reto dados los cambios fisiológicos propios del envejecimiento vascular y la frecuente coexistencia de comorbilidades.

Objetivos: Analizar las implicancias diagnósticas y terapéuticas de la HAE en pacientes ancianos, profundizando en el papel de la RA, VOP y PAC como herramientas complementarias a la medición braquial tradicional destacando la necesidad de repensar los criterios clásicos de diagnóstico, seguimiento y tratamiento en HTA en esta población, a raíz de nuevos paradigmas de la medicina centrada en la persona mayor, que valora no solo los objetivos clínicos, sino también funcionalidad, autonomía y calidad de vida.

Materiales y métodos: Estudio observacional, transversal, analítico en pacientes adultos de 70 años o más que concurran voluntariamente a su consulta médica. Criterios de inclusión: Edad = 70 años, PAS-b = 140 mmHg, autonomía física, mental y/o motora. Criterios de exclusión: arritmias que interfieran en la medición de VOP, diagnóstico previo de demencia o deterioro cognitivo, invalidez física, mental y/o motora. Tamaño muestral: 60 pacientes, divididos en "Con HAE" y "Sin HAE". Variables a estudiar: edad, sexo, FRCV, PAS-b, PAS-c, VOP, RA, ortostatismo según definición, riesgo de caídas según Test Timed Up and GO, fragilidad según criterios de Fried, deterioro cognitivo con Test del Reloj, presencia y tipo de tratamiento antihipertensivo. Dispositivos utilizados: Para mediciones braquiales tensiómetro automático validado y para centrales dispositivo de tipo oscilométrico (Mobil-O-Graph). Análisis estadístico: descriptivo de todas las variables, prueba T de Student para comparación de medias entre grupos, Chi cuadrado para variables categóricas; se considerará p < 0,05 como valor de significancia estadística.

Tabla 1: Análisis estadístico de variables clínicas y hemodinámicas en adultos mayores con y sin HAE (n = 60)

Variable	Con HAE (n = 30)	Sin HAE (n = 30)	Valor p
Edad (años)	78.3 ± 5.4	77.6 ± 4.9	0.564
Sexo masculino (n, %)	12 (40%)	13 (43%)	0.793
Dislipemia (n, %)	19 (63%)	17 (57%)	0.612
Diabetes mellitus tipo 2 (n, %)	9 (30%)	8 (27%)	0.784
Obesidad (IMC > 30) (n, %)	11 (35%)	10 (32%)	0.791
Sedentarismo (n, %)	21 (70%)	18 (60%)	0.417
Nro fármacos antihipertensivos	2.8 ± 0.9	2.3 ± 0.8	0.034*
Presión braquial sistólica (mmHg)	155.2 ± 10.3	149.8 ± 11.1	0.045*
Presión aórtica central (mmHg)	127.4 ± 7.9	133.6 ± 8.5	0.006**
Velocidad Onda Pulso (m/s)	11.9 ± 1.6	10.2 ± 1.4	< 0.001**
Rigidez arterial (m/s)	10.1 ± 1.2	8.9 ± 1.1	< 0.001**
Ortostatismo (n, %)	12 (40%)	6 (20%)	0.048*
Deterioro cognitivo (n, %)	10 (33%)	5 (17%)	0.112
Riesgo de caídas (n, %)	11 (37%)	6 (20%)	0.091
Fragilidad (n, %)	13 (43%)	7 (23%)	0.053

*p < 0.05 significativo; **p < 0.01 altamente significativo. - Se utilizaron pruebas t de Student para variables continuas y Chi-cuadrado para variables categóricas.

Figura 1: Asociación entre grupos farmacológicos antihipertensivos y eventos adversos en pacientes con y sin HAE (n = 60)

Resultados: En una muestra de 60 adultos mayores, se compararon 30 pacientes con HAE y 30 sin dicha condición. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en edad, sexo ni prevalencia de FRCV. Los pacientes con HAE presentaron PAS-b más altas (155.2±10,3mmHg vs. 149,8±11.1mmHg) con PAC significativamente más bajas (127.4±7.9mmHg vs. 133.6±8.5mmHg). Además, mostraron mayor RA y VOP (10,1±1,2m/s vs. 8,9±1,1m/s y 11,9±1,6m/s vs. 10,2±1,4m/s, respectivamente).

Conclusiones: Los hallazgos de este estudio permiten reafirmar la relevancia clínica de la HAE en el adulto mayor, destacando su complejidad diagnóstica y sus implicancias terapéuticas. La HAE en adultos mayores fue observada la mitad de los pacientes de esta muestra asociándose a mayor RA conPAS-b elevada y PAC más baja. Se confirmó que aquellos con HAE presentan una PAS-b más elevada pero una PAC significativamente más baja que sin HAE. Esto sugiere una sobredetección de HTA basada únicamente en la medición braquial, lo cual puede conducir a un tratamiento innecesariamente intensivo. La VOP y la RA fueron significativamente más altas en el grupo con HAE, lo que refuerza la asociación entre HAE y envejecimiento vascular. Aquellos con HAE recibieron en promedio más fármacos antihipertensivos, lo que se relacionó con una mayor prevalencia de ortostatismo y una tendencia hacia mayor deterioro cognitivo, fragilidad y riesgo de caídas. 5. Los diuréticos tiazídicos y las combinaciones múltiples de antihipertensivos mostraron mayor asociación con eventos adversos, mientras que los IECA, ARA II y BC presentaron un perfil más seguro. Los IECA (n = 22) presentaron los valores más bajos en todas las categorías de eventos adversos (10%–13%), lo que los posiciona como una opción terapéutica más segura en esta población. 7. Implicancias terapéuticas: Estos resultados subrayan la importancia de incorporar herramientas diagnósticas como la PAC y la RA con VOP para evitar un sobretratamiento, resaltando la necesidad de adaptar el tratamiento antihipertensivo en función de cada paciente de manera individualizada incluyendo una evaluación geriátrica (con fragilidad, riesgo de caídas, ortostatismo y deterioro cognitivo) y no solo guiarse por la PAS-b generalizando a toda esta población etaria por igual.