

Cardio metabolismo.26

13 y 14 de AGOSTO 2026
Holiday Inn, Córdoba

Indice

Casos Clínicos

Página

0005 - Más allá de la edad cronológica: herencia y aterosclerosis como motores de enfermedad cardiovascular prematura	1
0013 - Cuando la cirugía no es opción: semaglutida y estrategia nutricional en insuficiencia cardíaca valvular y obesidad	1
0033 - Del bajo riesgo al desarrollo de enfermedad coronaria: "Cuanto más bajo mejor"	3
0036 - Agresión metabólica silente: el rol de la lipoproteína (a) y la hiperglucemia en el debut de enfermedad coronaria en un adulto joven	4
0037 - Enfermedad aterosclerótica multivascular avanzada con estenosis renal bilateral: un caso de riesgo extremo.....	4
0040 - El sangrado uterino anormal como centinela del riesgo cardiometabólico: a propósito de un caso de obesidad grado III y diabetes tipo II	5
0047 - Transición hemodinámica en respuesta a cambios higiénico-dietéticos: un análisis con cardiografía por impedancia	6

Temas Libres

0009 - Prevalencia de factores de riesgo cardiometabólico y detección de casos nuevos en una población rural: resultados de un modelo de evaluación sistemática en cardiología ambulatoria	7
0010 - Encuesta a médicos sobre conocimiento y conducta en enfermedad cardiovascular y factores de riesgo en la mujer	8
0015 - Síndrome cardiovascular renal metabólico en adultos jóvenes: una entidad subdiagnosticada	8
0026 - Diabetes mellitus y carga angiográfica coronaria en pacientes con síndrome coronario agudo: asociación con complejidad anatómica	9
0028 - Embolización bariátrica: un tratamiento novedoso para el control de la obesidad y del síndrome metabólico	10
0030 - Hipertensión arterial y obesidad en comunidades indígenas de los valles calchaquíes	11
0045 - Respuesta de la presión arterial periférica y central a una intervención estructurada de manejo del estrés	12
0049 - Identificación de fenotipos de riesgo residual en pacientes hipertensos y dislipémicos tratados en prevención primaria	13
0050 - Zinc como modulador metabólico y protector muscular en el síndrome metabólico experimental	14
0051 - Frecuencia de diagnóstico de apneas obstructivas del sueño en pacientes con factores de riesgo cardiovascular y alta sospecha clínica.....	15
0061 - "Rol de la intervención nutricional intensiva en una unidad cardiometabólica: adherencia y cambios antropométricos iniciales.".....	16
0063 - Riesgo de fibrosis hepática por fib-4 en pacientes con diabetes	16
0064 - Prevalencia de ateromatosis subclínica en pacientes con diabetes y su relación con la inflamación.....	17
0065 - Hipertensión arterial reactiva al ejercicio en mujeres: asociación con capacidad funcional y carga de factores de riesgo cardiometabólico	18
0068 - Evolución cardiorrenal y metabólica durante la internación por insuficiencia cardíaca aguda	19
0069 - "Mecánica vascular en pacientes pediátricos con síndrome urémico hemolítico mediado por toxina shiga: estudio piloto"	19

0070 - Riesgo oculto tras el guardapolvo: incidencia y prevalencia de factores de riesgo e indicadores cardiometabólicos en profesionales sanitarios del servicio de cardiología de un hospital público de la ciudad de Buenos Aires	20
0072 - Adherencia a las guías ADA 2026 en el manejo de la diabetes tipo 2: evaluación en dos ciudades del norte argentino	21

Trabajos Científicos a Premio



0011 - Valor pronóstico cardiovascular a 12 años de la hipotensión postprandial detectada por monitoreo domiciliario en hipertensos	22
0020 - Estimar no es medir: limitaciones en la VOP calculada por fórmula frente a la medición tonométrica en mujeres de bajo riesgo cardiovascular	22
0035 - Marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular en niños normotensos: rol de la variabilidad de la presión arterial	23
0046 - Interacción entre carga vascular y fragilidad: predictores de prescripción de estatinas en el adulto mayor	24
0052 - Fragilidad versus carga cardiovascular ¿qué define la prescripción de estatinas en el paciente mayor de 80 años?	25
0053 - Disociación entre el deterioro funcional y la integridad estructural carotídea en adultos sanos con niveles elevados de lipoproteína (A). Subanálisis de una cohorte argentina del grupo GAELP(A)	25
0054 - Más allá del índice de masa corporal: su asociación con fragilidad y complejidad clínica en cardiogeriatría	26
0056 - El cloruro también es el villano en la hipertensión arterial inducida por sobrecarga salina en la dieta en ratas wistar macho	27
0059 - Participación del eje microbiota intestinal-sistemas natriuréticos en el desarrollo de hipertensión arterial en un modelo experimental de sobrecarga de fructosa en la dieta	28
0060 - Efectos de los péptidos natriuréticos sobre el depósito de tejido adiposo y su impacto cardiorrenometabólico en modelos experimentales de sobrecarga calórica y salina	29
0062 - Diabetes mellitus tipo 2 como predictor independiente de apnea obstructiva del sueño severa en pacientes con riesgo cardiovascular.....	30
0071 - Envejecimiento vascular acelerado en mujeres con bajo riesgo cardiovascular según scores tradicionales: impacto de los factores de riesgo emergentes y género-específicos	31

Casos Clínicos ▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶

0005 - MÁS ALLÁ DE LA EDAD CRONOLÓGICA: HERENCIA Y ATROSCLEROSIS COMO MOTORES DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR PREMATURA

Cardiometabolismo

RUIZ, Agustín Franco | DANA, Lucía | GRANDA FLORES, Ernesto Vladimir | KORENBLIT, Nicolás | ESPEJO, Luis Ignacio
Fundación Eavaloro

Introducción: La enfermedad cardiovascular prematura en pacientes jóvenes obliga a considerar la presencia de sustratos biológicos de alta agresividad. Las alteraciones metabólicas hereditarias, particularmente aquellas asociadas a dislipidemia severa, generan una exposición acumulativa precoz a lipoproteínas aterogénicas que acelera el daño endotelial, y favorece la progresión acelerada de aterosclerosis. En este contexto, la aparición de enfermedad coronaria y trastornos avanzados del sistema de conducción en edades tempranas constituye una manifestación excepcional de carga aterotrombótica elevada y compromiso estructural difuso. Estos escenarios, se vuelven más desafiantes, cuando, además, se combinan a anomalías congénitas, como la válvula aórtica bicúspide, cuya prevalencia es del 1-2%. El siguiente caso ilustra un modelo de enfermedad cardiovascular agresiva, donde la interacción entre una malformación estructural y una base metabólica hereditaria condujo a intervenciones quirúrgicas complejas a una edad temprana.



Descripción: Se presenta un paciente masculino de 40 años de edad con antecedentes de hipercolesterolemia familiar heterocigota con xantomas y arco corneal (debut a los 20 años con colesterol total 380 mg/dl, LDL 301 mg/dl, Lipoproteína A 180 mg/dl) bajo tratamiento con hipolipemiantes, y antecedentes familiares de muerte súbita, que acudió al departamento de emergencias por mareos y astenia de una semana de evolución. A pesar de síntomas inespecíficos, se realizó electrocardiograma que reveló ritmo sinusal con bloqueo completo de la rama derecha. Durante el monitoreo inicial, se documentaron episodios de bloqueo auriculoventricular completo de carácter paroxístico con pausas hemodinámicamente significativas mayores a

6 segundos. La evaluación diagnóstica se completó mediante un ecocardiograma transtorácico que evidenció una válvula aórtica bicúspide extremadamente calcificada con estenosis severa asociada a dilatación de la raíz aórtica. Ante la precocidad y gravedad del compromiso valvular, sumado a la alteración eléctrica, se procedió a realizar una cinecoronariografía, la cual llamativamente documentó enfermedad coronaria severa con afectación de tres vasos. Frente a este complejo escenario clínico, el Heart Team determinó la necesidad de un abordaje quirúrgico integral complejo mediante un triple procedimiento que incluyó la cirugía de Bentall-De Bono para el reemplazo de la raíz y la válvula aórtica, la revascularización miocárdica completa y el implante de un marcapasos definitivo.

Conclusión: En la hipercolesterolemia familiar, el riesgo de enfermedad cardiovascular puede ser hasta 100 veces mayor antes de los 40 años, con una aparición clínica que se adelanta aproximadamente dos décadas respecto de la población general. Este caso representó un desafío clínico de alta complejidad, en el que el trastorno hereditario del metabolismo lipídico actuó como el motor principal de una aterosclerosis coronaria acelerada y del compromiso estructural progresivo, mientras que la válvula aórtica bicúspide constituyó un sustrato anatómico adicional de gran impacto, favoreciendo deterioro hemodinámico y alteraciones eléctricas significativas. La resolución exitosa mediante intervenciones quirúrgicas mayores subraya la importancia de un diagnóstico precoz y un manejo agresivo de los factores de riesgo genéticos con objetivos más estrictos, demostrando que la integración de múltiples procedimientos en un solo tiempo quirúrgico es fundamental para modificar el pronóstico en estos pacientes.

0013 - CUANDO LA CIRUGÍA NO ES OPCIÓN: SEMAGLUTIDA Y ESTRATEGIA NUTRICIONAL EN INSUFICIENCIA CARDÍACA VALVULAR Y OBESIDAD

Cardiometabolismo

COSTABELLA, Valeria | **AGUSTINA, Carboni** | FERIOLI, Gabriela | PEZZATI, Laura Daniela
Centro Médico Anchorena Monserrat

Introducción: La coexistencia de obesidad e insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (HFpEF) constituye un desafío terapéutico, ya que la obesidad favorece inflamación crónica, disfunción endotelial, aumento del

volumen plasmático y rigidez ventricular, contribuyendo a la progresión de la enfermedad, el deterioro funcional y la disminución de la calidad de vida. Dado que las opciones farmacológicas específicas para HFpEF han sido limitadas y que el fenotipo obesidad-HFpEF es altamente prevalente, Semaglutida surge como una estrategia terapéutica novedosa y multimodal. Este agonista del receptor de GLP-1, inicialmente aprobado para diabetes tipo 2 y luego para obesidad, ha demostrado beneficios cardiovasculares y metabólicos significativos. Estudios recientes: STEP-HFpEF, STEP1 y SELECT evidenciaron reducción del peso corporal, mejoría en la capacidad funcional y calidad de vida, disminución de la inflamación sistémica y reducción de eventos cardiovasculares y hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca (IC).

Descripción: Paciente masculino de 77 años derivado al servicio de nutrición de la clínica de IC para descenso de peso y valoración de sarcopenia, con el objetivo de optimizar su condición para evaluación de implante valvular aórtico transcatheter (TAVI). Presentaba antecedentes de accidente cerebrovascular isquémico con transformación hemorrágica sin secuelas, fibrilación auricular crónica anticoagulada, marcapasos, hipertensión arterial e internaciones recurrentes por IC secundaria a estenosis aórtica severa. Debido a obesidad mórbida y comorbilidades asociadas, no era candidato a cirugía ni a procedimientos invasivos. Entre sus antecedentes no cardiovasculares: esteatosis hepática grado II, eventración abdominal y apnea obstructiva del sueño con uso de CPAP. En la evaluación inicial se diagnosticó obesidad clínica, síndrome metabólico y sarcopenia, con glucemia alterada en ayunas, dislipidemia, BNP y enzimas hepáticas elevadas. Clínicamente presentaba fragilidad, sedentarismo y requería bastón para deambular. Se indicó inicialmente un plan de alimentación hipocalórico, hiperproteico, con medidas higiénico-dietéticas basadas en dieta DASH y mediterránea, con seguimiento quincenal, con el objetivo de optimizar su condición clínica y cardiometabólica para posibilitar la evaluación de implante valvular aórtico transcatheter (TAVI). Además de mejorar parámetros bioquímicos y metabólicos asociados al riesgo cardiometabólico. A los 2 meses, debido a la baja adherencia y una internación por IC, se decidió en conjunto con el médico tratante iniciar Semaglutida 0,25 mg/semana, junto con rehabilitación cardiovascular y actividad física supervisada por kinesiólogía. Tras 6 meses de tratamiento nutricional y 4 meses con semaglutida, alcanzando 1,7 mg/semana, se observó descenso de peso del 13,5%, disminución de circunferencia de cintura, preservación de masa muscular, mejoría en calidad de vida y clase funcional II. (Tabla 1). Además, el paciente logró deambular sin bastón, quedando clínicamente optimizado para la realización de estudios complementarios y su reevaluación para TAVI.

Tabla 1: Seguimiento de parámetros antropométricos y bioquímicos del paciente desde junio de 2025 a diciembre 2025 (6 meses) durante tratamiento nutricional en la clínica de IC.

	Junio 2025	Diciembre 2025
Parámetros bioquímicos		
Glucemia (mg)	121	73
Hba1c (%)	5,7	5,5
BNP (pg/mL)	471	261
Albúmina (g/dL)	3,6	3,78
Vit. D (ng/mL)	14,5	-
TGO (u/l)	42	43
TGP (u/l)	44	37
Triglicéridos (mg/dL)	151	118
Colesterol Total (mg/dL)	177	112
LDL (mg/dL)	105,8	55
HDL (mg/dL)	41	32
Parámetros nutricionales		
Peso (kg)	156	135,2
Talla (m)	1,68	1,68
IMC (kg/m2)	55,27	47,8
Circunferencia cintura (cm)	>150	133,8
Dinamometria (kg)	<27	32,4
Circunferencia Pantorrilla (cm)	no tomados	46
Test Calidad de vida	30	17
Test Fragilidad	6-7	4-5
Clase funcional	4	2
Pd: Elaboración propia		

Conclusión: Este caso evidencia el beneficio de incorporar agonistas del receptor de GLP-1 (Semaglutida), como herramienta terapéutica en pacientes con obesidad clínica e IC, especialmente en contextos de alto riesgo quirúrgico. El abordaje interdisciplinario entre cardiología, nutrición, enfermería y kinesología permitió, en 6 meses, la optimización clínica y cardiometabólica del paciente, logrando descenso ponderal, mejoría de parámetros bioquímicos y funcionales, y posibilitando su reevaluación para intervención. Como limitaciones, no fue posible realizar bioimpedancia y la titulación del tratamiento se vio condicionada por la falta de cobertura para la obesidad.

0033 - DEL BAJO RIESGO AL DESARROLLO DE ENFERMEDAD CORONARIA. "CUANTO MÁS BAJO MEJOR"

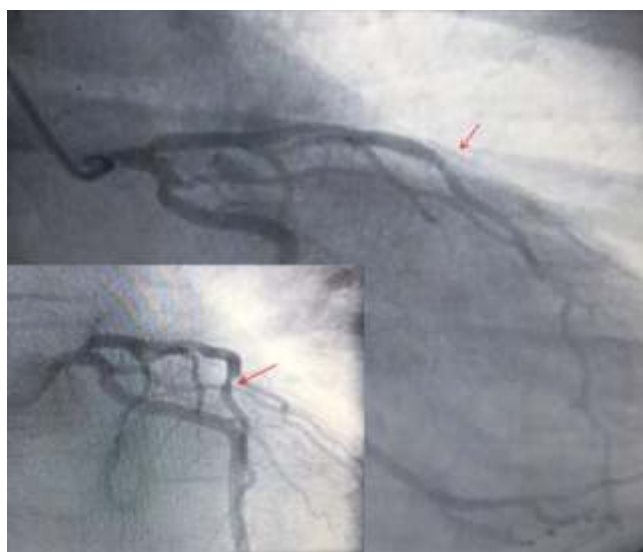
Epidemiología y Prevención

CALABRESE, Cecilia Paola | SCATTINI, María Florencia | BIANCONI, Carlos Marcelo | ZIVANO, Daniel Francisco

Sanatorio Julio Mendez

Introducción: La enfermedad cardiovascular es la principal causa de mortalidad a nivel mundial, con más de 17 millones de muertes al año. En Argentina representa más del 30% de los decesos (100.000 al año), afectando progresivamente pacientes a más temprana edad. La causa es multifactorial, están involucrados tanto los factores de riesgo clásicos como la hipertensión arterial, la diabetes, la dislipemia, así como también hábitos nutricionales poco saludables, el tabaquismo, sedentarismo, factores ambientales y genéticos. La dislipemia es el factor causal individual más relevante en el desarrollo de la enfermedad aterosclerótica. La alteración del metabolismo lipídico se relaciona con cambios en la función y en los niveles de lipoproteínas, que elevan las partículas pequeñas y densas con más potencial aterogénico (VLDL, LDL), y que además pueden coexistir con niveles reducidos de HDL (Tríada aterogénica). Con respecto a la lipoproteína A, remarcamos la importancia de su dosaje ya que constituye una variable de riesgo independiente y genéticamente determinada que se asocia a enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Los mecanismos implicados incluyen efecto pro aterogénico, pro inflamatorio y pro trombótico.

	2017	2019	2021	2022	2023	2025	2026
Colesterol Total	160mg%	166mg%	155mg%	172mg%	190mg%	159mg%	146mg%
LDL	98mg%	115mg%	92mg%	120mg%	140mg%	86mg%	77mg%
HDL	56mg%	58mg%	42mg%	55mg%	55mg%	61mg%	58mg%
NO HDL	104mg%	108mg%	113mg%	117mg%	135mg%	98mg%	88mg%
TAG	91mg%	98mg%	93mg%	160mg%	93mg%	67mg%	80mg%
LpA	--	--	--	--	--	305nmol/l	--
ApoB	--	--	--	--	--	78mg%	--



Descripción: Paciente femenina de 49 años, sedentaria. Sin antecedentes cardiovasculares. Peso: 54kg. Alt: 163cm. IMC: 20. Realiza chequeo preventivo de salud. Examen físico: Sin particularidades. TA: 120/70mmHg. FC: 70lpm. Scores de riesgo calculados: 1.Oms: <1%, 2.Score2: <5%, Prevent:1,4%. Laboratorio: Colesterol tot. 190mg% LDL 140mg% HDL 55mg% NO HDL 135mg% TAG 93%. Hto 42%, Glucemia 82mg%, U 31, Cr 1,16mg%, PCR negativa; Hepatograma y perfil tiroideo normales. Doppler de vasos del cuello: Sin ateromatosis. Ecocardiograma Doppler basal: Cavidades de dimensiones normales. Sin trastornos de la motilidad. FSVI conservada (Fey:64%). Eco-Estrés: hipoquinesia infero-latero-basal y medio y antero-lateral-basal. Fey 68%. Positivo para isquemia en territorio de la circunfleja. Paciente asintomática. Coronariografía: lesión moderada a severa en tercio medio de arteria coronaria descendente anterior. Posteriormente se dosó Lpa: 305nmol/l ApoB 78mg%, y se

realizó Doppler arterial de miembros inferiores donde se evidenciaron placas fibrolipídicas leves difusas. Tratamiento médico en la actualidad: Atenolol 25mg, Atorvastatina 40mg, Ezetimibe 10mg, Aspirina 100mg. Se inició recientemente triple terapia agregando Ácido Bempedoico 180mg.

Conclusión: Valores elevados de Lpa se asocia a aumento del riesgo relativo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica del 40% comparado con pacientes con niveles bajos de Lpa, incluso en pacientes con niveles bajos de LDL. Es importante: 1. Re estratificar riesgo, pese a los scores de riesgo bajos; 2.Utilizar potenciadores de riesgo (Doppler de vasos del cuello, Doppler femoral, score de calcio y biomarcadores); 3.Toma de posición frente a la discrepancia entre guías vigentes (valores de corte establecidos para Lpa: -Guía ACC/AHA 2026: 50mg/dl/ 125nmol/l. -Guía ESC 2025: >50mg/dl/ 105nmol/l). 4. Recomendar screening familiar; 5.Definir estrategias de tratamiento para alcanzar las metas; 6.Utilizar dosaje de ApoB como marcador más preciso del remanente de partículas aterogénicas; 7. Considerar la antiagregación plaquetaria con aspirina como parte de la estrategia.

0036 - AGRESIÓN METABÓLICA SILENTE: EL ROL DE LA LIPOPROTEÍNA(A) Y LA HIPERGLUCEMIA EN EL DEBUT DE ENFERMEDAD CORONARIA EN UN ADULTO JOVEN

Cardiometabolismo

OYOLA CABRERA, Luis Enrique | BATASTINI, Sofía Carolina

Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández

Introducción: La enfermedad coronaria en adultos jóvenes representa un desafío clínico creciente donde las herramientas tradicionales de estratificación de riesgo suelen ser insuficientes. El aumento en su incidencia desafía la visión tradicional de la enfermedad cardiovascular como exclusiva de la edad avanzada, dejando a este grupo poblacional invisible ante los sistemas de salud. Esta vulnerabilidad se acentúa por un perfil metabólico silente con consecuente aterosclerosis acelerada, donde, ante la falta de un tamizaje oportuno, puede debutar de manera catastrófica.

Descripción: Se presenta el caso de un varón asiático de 39 años, sin factores de riesgo cardiovascular conocidos, que ingresó a Unidad Coronaria con diagnóstico de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST anterior extenso. La cinecoronariografía de urgencia evidenció una oclusión distal del tronco de la coronaria izquierda con ausencia de flujo anterógrado hacia las arterias descendente anterior y circunfleja. Asimismo, la coronaria derecha presentó ateromatosis difusa con una obstrucción del 70% en el ostium de la descendente posterior. Se realizó angioplastia percutánea con implante de tres stents liberadores de fármacos. A pesar de la revascularización completa, el paciente evolucionó con shock cardiogénico, requiriendo asistencia respiratoria mecánica, monitoreo hemodinámico invasivo con catéter de Swan-Ganz y soporte inotrópico a dosis máximas. En el laboratorio de ingreso destacaron una glucemia de 434 mg/dl, HbA1c de 9.9%, y un lipidograma con colesterol total de 163 mg/dl, HDL de 28 mg/dl y no HDL de 135 mg/dl. Así mismo, se detectaron niveles de lipoproteína (a) de 136 mg/dl. Estos hallazgos permitieron diagnosticar diabetes mellitus tipo II, dislipemia aterogénica e hiperlipoproteinemia crítica. Esta tríada metabólica probablemente orientó a la progresión acelerada de enfermedad coronaria y a la gravedad de la presentación clínica de este paciente, previamente considerado sano. A las 48 horas se logró una extubación satisfactoria y, 72 horas después, el destete de inotrópicos. Durante la internación, se inició un control glucémico estricto, así como la optimización de su esquema terapéutico con inhibidores de los receptores SGLT2 y antagonistas de mineralocorticoides dada una disfunción ventricular izquierda severa evidenciada en un ecocardiograma transtorácico con fracción de eyección del 30%. De igual forma, se establecieron objetivos de LDL ambiciosos con uso estatinas de alta potencia y ezetimibe. Al egreso hospitalario, el paciente recibió consejería metabólica integral y fue incluido en un programa de rehabilitación cardiovascular, alcanzando mejoría sintomática y metas de laboratorio en controles posteriores.

Conclusión: Este caso demuestra que la edad cronológica no es un factor protector frente a una agresión metabólica importante, y que la coexistencia de factores de riesgo no diagnosticados, como la dislipemia y la diabetes, puede conducir a síndromes coronarios agudos de muy alto riesgo. Es por tanto, indispensable, mantener un estilo de vida saludable e implementar una evaluación cardiometabólica integral y precoz que permita prevenir estos eventos, incluso en poblaciones aparentemente sanas.

0037 - ENFERMEDAD ATEROSCLERÓTICA MULTIVASCULAR AVANZADA CON ESTENOSIS RENAL BILATERAL: UN CASO DE RIESGO EXTREMO

Cardiometabolismo / Epidemiología y Prevención

BATASTINI, Sofía Carolina | OYOLA CABRERA, Luis Enrique | CUZCO MACIAS, Ashley Carolina

Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández

Introducción: La aterosclerosis constituye la principal causa de enfermedad cardiovascular a nivel mundial. La enfermedad renovascular de origen aterosclerótico suele presentarse en el contexto de aterosclerosis difusa, lo que los posiciona en un grupo de riesgo elevado para eventos cardiovasculares mayores, requiriendo estrategias de prevención secundaria intensivas. El riesgo extremo se define como un riesgo a 10 años mayor al 30% de eventos cardiovasculares mayores, como es el caso de sobrevivientes de eventos cardiovasculares con comorbilidades.

Descripción: Se documenta el caso de una paciente femenina occidental de 50 años con antecedentes de: síndrome de Cushing (adenoma hipofisario reseado), diabetes mellitus tipo 2 (no insulino requiriente) diagnosticada hace 16 años, dislipemia, obesidad y ERC no dialítica, accidente cerebrovascular isquémico en fosa posterior hace 9 años e hipertensión

renovascular severa secundaria a estenosis bilateral de arterias renales (mayor a 70% derecho y 65% izquierdo). A su ingreso hospitalario presentaba crisis hipertensiva con cifras tensionales de 240/110 mmHg asociada a cefalea holocraneana, descartándose encefalopatía hipertensiva. En los estudios complementarios realizados al ingreso, se pudo objetivar daño de órgano blanco: hipertrofia ventricular izquierda constatada por el electrocardiograma y el ecocardiograma Doppler. Se realizó una evaluación imagenológica exhaustiva que reveló daño vascular extenso. A nivel de grandes vasos presentaba "Aorta Shaggy" y a lo largo de la extensión de la vasculatura se constataron múltiples lesiones ateroscleróticas como obstrucción del 50-70% en ambas carótidas internas proximales; así como estenosis >50% en el origen de ambas arterias femorales profundas. Adicionalmente a nivel renal, se podía observar una lesión ostial con compromiso del segmento proximal a nivel de la Arteria Renal Derecha (ARD) y a nivel de la Arteria Renal izquierda una lesión ostial crítica calcificada con un lecho distal difusamente enfermo. Se decidió intervención sobre la ARD tras confirmar viabilidad de dicho riñón homolateral mediante radiorenograma, no así del riñón contralateral. Como complicación asociada al procedimiento presentó manifestación embólica en miembros inferiores y progresó la falla renal, por lo cual se sospechó la presencia de lesiones embólicas renales. Durante el abordaje inicial del tratamiento de sus cifras tensionales presentó intolerancia a los inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (con un deterioro agudo de la función renal con un deterioro mayor al 30%). Se tituló un esquema antihipertensivo con nebivolol, amlodipina e hidralazina, logrando un control tensional subóptimo. A pesar de encontrarse bajo tratamiento con estatinas de alta intensidad asociadas a ezetimibe por un período mayor a tres meses, el lipidograma mostró valores fuera de metas: Colesterol Total: 176 mg/dL, LDL: 94 mg/dL, HDL: 40 mg/dL y Triglicéridos: 209 mg/dL. Se destaca que la cuantificación de Lipoproteína (a), Apo A y Apo B resultó dentro de rangos normales, y negaba antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura.

Conclusión: El caso ilustra una aterosclerosis avanzada con compromiso multivascular extenso, donde sus comorbilidades actuaron de manera sinérgica promoviendo el daño vascular. La paciente se posiciona en un terreno de riesgo cardiovascular extremo, donde la persistencia de niveles de LDL subóptimos pese a tratamiento hipolipemiente intensivo refuerza la indicación de terapias avanzadas, como inhibidores de PCSK9. Constituye un desafío la optimización de las metas de tensión arterial y colesterol LDL para mitigar el riesgo subyacente con el objetivo final de reducir la morbimortalidad.

0040 - EL SANGRADO UTERINO ANORMAL COMO CENTINELA DEL RIESGO CARDIOMETABÓLICO: A PROPÓSITO DE UN CASO DE OBESIDAD GRADO III Y DIABETES TIPO 2

Cardiometabolismo

CHAPARRO, Gonzalo Ramon¹ | PENZO PORTILLO, Silvia Karina²

Hospital Interdistrital Evita Formosa¹; Hospital de la Madre y el Niño²

Introducción: Paciente femenina de 31 años, de ocupación docente, derivada por el servicio de Ginecología en enero de 2026 debido a Sangrado Uterino Anormal (SUA). Presenta antecedentes de obesidad mórbida, hirsutismo clínico y alta sospecha diagnóstica de Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP).

Descripción: En la consulta inicial se evidencia una paciente con Obesidad Grado III (Mórbida): peso de 124,7 kg, talla 1,58 m e IMC de 50 kg/m². Se constatan cifras tensionales compatibles con Hipertensión Arterial (HTA) sistó-diastólica sin tratamiento previo. Se inicia terapia antihipertensiva con ARA II y diuréticos tiazídicos, tras descartar riesgo inmediato de embarazo. Perfil Metabólico: HbA1c 9,8% (compatible con Diabetes Mellitus tipo 2 de reciente diagnóstico), Insulina basal 53 mIU/L (marcada resistencia a la insulina), Hipertrigliceridemia severa (TAG 321 mg/dl) y Dislipidemia mixta (CT 218, LDL 123, HDL 36). Composición Corporal (InBody): Grasa corporal del 50%, área de grasa visceral de 228 % y relación cintura-cadera de 0,92. Imágenes: Ecografía abdominal que revela Esteatosis Hepática Grado II (NAFLD). Ecografía tiroidea dentro de parámetros normales. Intervención Terapéutica: Se inicia un esquema intensivo orientado a la protección cardiovascular y control metabólico: Rosuvastatina 20 mg/Ezetimibe 10 mg, iSGLT2 (Dapagliflozina 10 mg), Metformina 2 g/día y agonista dual GIP/GLP-1 (Tirzepatida 2,5 mg/semanal) con enfoque en reducción ponderal y control glucémico. Evolución Clínica: Tras un periodo de abandono de controles (marzo 2026), la paciente reingresa en abril de 2026 por cuadro de ginecorragia. Los laboratorios de control muestran una descompensación metabólica (glucemia en ayunas 174 mg/dl) y anemia secundaria (Hto 29%, Hb 8,6 g/dL), con subunidad beta-hCG negativa.

Conclusión: Este caso clínico demuestra que la patología ginecológica, manifestada aquí como un sangrado uterino anormal en el contexto de un probable SOP, actúa como un evento centinela y una ventana de oportunidad diagnóstica para identificar estadios avanzados de enfermedad cardiometabólica. El hallazgo de Diabetes Tipo 2, HTA y Obesidad

Grado III en una paciente joven subraya que el aparato reproductor femenino es un sensor de la homeostasis metabólica sistémica. La recidiva de la sintomatología ginecológica tras el abandono del tratamiento resalta la necesidad de un seguimiento integral, multidisciplinario y persistente. No podemos fragmentar la atención de la mujer: el control del riesgo cardiovascular es, en esencia, el tratamiento de base para la estabilidad ginecológica. La transición de una 'atención por síntomas' a una 'atención por riesgo global' es imperativa para reducir la morbilidad prematura en esta población.

0047 - TRANSICIÓN HEMODINÁMICA EN RESPUESTA A CAMBIOS HIGIÉNICO-DIETÉTICOS: UN ANÁLISIS CON CARDIOGRAFÍA POR IMPEDANCIA

Hipertensión Arterial

DE FRANCESCO, Franco Daniel

Centro Médico Integral - Adolfo González Chaves

Introducción: La obesidad y el sobrepeso representan uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial, actuando a través de mecanismos metabólicos e inflamatorios que alteran la mecánica vascular, conduciendo a un estado hemodinámico ineficiente. Tradicionalmente, el seguimiento de estos pacientes se limita a variables estáticas como la medición de la presión arterial y el índice de masa corporal (IMC), las cuales resultan insuficientes para caracterizar la fisiopatología subyacente y el impacto real de las intervenciones terapéuticas, tanto farmacológicas como los cambios de hábitos higiénico-dietéticos. La cardiografía por impedancia (ICG) permite una evaluación no invasiva y dinámica de la mecánica vascular, facilitando un monitoreo preciso de las variables hemodinámicas.

Descripción: Se presenta el caso de un paciente masculino de 25 años con sobrepeso (IMC 27.8 kg/m²) e hipertensión arterial estadio 1 sin tratamiento farmacológico previo. Al examen físico inicial presentaba registros de 146/88 mmHg. Se realizó una evaluación basal mediante ICG que reveló un perfil hemodinámico restrictivo, caracterizado por una resistencia vascular sistémica elevada (IRV 2600 dyn\ s\ cm), una complacencia arterial disminuida (1.49 ml/mmHg) y una contractilidad miocárdica limítrofe evidenciada por un Suga Index de (1.4 mmHg/ml) y una fracción de eyección del 47%. El sistema mostraba un desacoplamiento ventrículo-arterial significativo (AC 1.25), reflejando un alto gasto energético para mantener el flujo sistémico. El paciente inició un plan de cambios higiénico-dietéticos basado en restricción calórica y ejercicio aeróbico regular. Tras 35 días, se registró un descenso ponderal de 6 kg (IMC final de 26.7 kg/m²). Una nueva evaluación por ICG documentó una transición hemodinámica significativa: se observó una normalización del tono vascular con una caída de la resistencia periférica a 1553 dyn\ s\ cm) y un aumento del flujo (índice cardíaco 5.3 L/min/m²). La eyección miocárdica se tornó eficiente, con una duplicación del Suga Index (2.7 mmHg/ml), un aumento de la fracción de eyección al 74% y una optimización del acoplamiento ventrículo-arterial (0.71). Los indicadores de contractilidad (IV e IAC) y los tiempos sistólicos (PPE/PE 31%) confirmaron la transición hacia un patrón hiperdinámico y más eficaz.

FE(weissler)	47%	FE (weissler)	74%
suga index(relacion presion/volumen de fin de sistole)	1.4ml/g/ml	suga(relacion presion/volumen en fin de sistole)	27ml/g/ml
acoplamiento ventriculo-arterial	1.23	acoplamiento ventriculo-arterial	0.71

Conclusión: La transición hemodinámica observada demuestra que el descenso ponderal y el ejercicio aeróbico inducen un remodelado funcional profundo, mediado por adaptaciones periféricas sistémicas. La reducción de la resistencia vascular sistémica y el consecuente incremento del índice cardíaco se fundamentan en el reclutamiento capilar y el aumento de la sección transversal vascular en el tejido muscular estriado. Este incremento sostenido del flujo sanguíneo genera un estrés de cizallamiento (shear stress) sobre el endotelio, actuando como un potente estímulo mecánico para la liberación de óxido nítrico, lo que potencia la vasodilatación y reduce significativamente la postcarga. Asimismo, la optimización de la capacitancia venosa –derivada de la hipertrofia muscular inducida por el ejercicio y la reducción del tejido adiposo visceral– potencia el retorno venoso. Este fenómeno justifica el incremento del contenido de fluidos torácicos (CFT) y un llenado ventricular más efectivo, traduciéndose en una mejora sustancial del volumen de descarga sistólica y del índice cardíaco. Finalmente, la eficiencia energética miocárdica, reflejada en un menor consumo de oxígeno, se evidencia en la normalización del cociente de tiempos sistólicos (PPE/PE) y el acoplamiento ventrículo-arterial (AC). En definitiva, la cardiografía por impedancia permitió caracterizar y monitorear cómo la modulación de los factores metabólicos e inflamatorios revierte el patrón hemodinámico vasoconstrictivo hacia uno hiperdinámico y eficiente.

Temas Libres

0009 - PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOMETABÓLICO Y DETECCIÓN DE CASOS NUEVOS EN UNA POBLACIÓN RURAL: RESULTADOS DE UN MODELO DE EVALUACIÓN SISTEMÁTICA EN CARDIOLOGÍA AMBULATORIA

Cardiometabolismo / Epidemiología y Prevención

HISKIN, Irina¹ | PULMARI, Camilo Ariel² | GIRAUDO, Juliana Vanesa¹ | BOTTA, Aldana Gisela¹ | AGUILERA BUSTAMANTE, Simon¹ | MARONI, Luciana Paola¹Fundación Acceso a la Salud Sur De Córdoba¹; Centro de Alta Complejidad Cardiovascular Pte Juan Domingo Perón de Malvinas Argentinas²

Objetivos: Describir la prevalencia de factores de riesgo cardiometabólico y la proporción de diagnósticos nuevos identificados mediante un modelo de evaluación sistemática en cardiología ambulatoria en una región rural. Describir la proporción de pacientes en quienes los diagnósticos nuevos motivaron el inicio de indicación terapéutica, incluyendo la pesquisa de fibrilación auricular mediante electrocardiograma.

Materiales y Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal. Se incluyeron pacientes adultos (18 años) evaluados en forma consecutiva entre el 4 de febrero y el 6 de marzo de 2025 en un consultorio de cardiología de una región rural. Se excluyeron menores de 18 años. De 236 registros iniciales, la muestra final fue de 203 pacientes. Los datos fueron recolectados mediante una planilla estructurada de elaboración propia, aplicada en forma protocolizada por personal entrenado. La evaluación incluyó cuatro dominios: cardiovascular (presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, antecedentes cardiovasculares personales y familiares, medicación habitual y electrocardiograma), metabólico (diabetes, dislipidemia, obesidad evaluada por IMC y perímetro abdominal), respiratorio del sueño (cuestionario STOP, perímetro cervical e indicación de poligrafía) y conductual (tabaquismo y actividad física). Los criterios diagnósticos se basaron en guías internacionales vigentes (ADA, ESC). Se consideró diagnóstico nuevo aquel no referido previamente ni tratado, confirmado por criterios clínicos o estudios complementarios. Se realizó análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Se incluyeron 203 pacientes (edad media $66,5 \pm 14,4$ años; 48,8% sexo masculino). La prevalencia de factores de riesgo fue: hipertensión arterial 72,4%, dislipidemia 56,2%, obesidad 42,4% y diabetes tipo 2 26,1%. El sedentarismo fue el más frecuente (82,8%). El número promedio de factores de riesgo fue $2,96 \pm 1,31$, y el 66,0% presentó ≥ 3 factores simultáneos. Se detectó ateromatosis carotídea en el 16,3% de los pacientes y enfermedad cardiovascular establecida previa en el 14,9%. Se identificaron 90 pacientes con al menos un diagnóstico nuevo (44,3%), con tasas de detección nueva del 52,2% para dislipidemia, 100% para síndrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño (SAHOS), 17,0% para diabetes y 11,6% para hipertensión arterial. El 94,4% de los nuevos diagnósticos de hipertensión fueron realizados mediante monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) de 24 horas. La pesquisa sistemática de fibrilación auricular mediante ECG identificó 10 casos nuevos (5,0%). Todos los pacientes con diagnóstico nuevo recibieron indicación terapéutica según guías vigentes.

Conclusiones: La implementación de un modelo sistemático de atención permitió evidenciar una importante carga de factores de riesgo cardiometabólico y una significativa proporción de diagnósticos nuevos en una población rural. La naturaleza protocolizada del modelo, basado en recursos de baja complejidad, sugiere que es reproducible en contextos con acceso limitado a atención especializada, posicionando a la cardiología ambulatoria como punto estratégico para la detección integral y la prevención cardiovascular.

Tabla 1. Características basales de la población (n=203)

Variable	n(%)
Datos demográficos	
Edad media $\pm$ SD (años)	66,5 $\pm$ 14,4
Sexo (masculino)	99 (48,8%)
30-44 años	29 (14,3%)
45-54 años	60 (29,6%)
55-64 años	124 (60,1%)
Sexo masculino	99 (48,8%)
Sexo femenino	104 (51,2%)
Factores de riesgo cardiovascular	
Hipertensión arterial	147 (72,4%)
Dislipidemia (LDL > 130 mg/dL)	114 (56,2%)
Obesidad	86 (42,4%)
Diabetes tipo 2	53 (26,1%)
Antecedentes CV familiares	91 (44,8%)
Tabaquismo actual o con hábito	32 (15,8%)
Enfermedad cardiovascular	
Antecedentes CV previos establecidos	30 (14,8%)
Ateromatosis carotídea detectada	33 (16,3%)
Enfermedad cardiovascular previa	30 (14,8%)
Enfermedad cardiovascular nueva (detectada por ECG)	10 (5,0%)
Trastorno respiratorio del sueño	
Suspecto clínico de SAHOS	44 (21,7%)
SAHOS confirmado por poligrafía	20 (9,9%)
Carga de factores de riesgo	
Nº Factores (media $\pm$ SD)	2,96 $\pm$ 1,31
0 Factores	33 (16,3%)
1 Factor	60 (29,6%)
2 Factores	60 (29,6%)
3 Factores	61 (30,0%)
4 Factores	62 (30,5%)
5 Factores	67 (33,0%)
6 o más Factores	134 (66,0%)

CV: enfermedad cardiovascular; SAHOS: síndrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño; LDL: colesterol lipoproteína de baja densidad.

0010 - ENCUESTA A MÉDICOS SOBRE CONOCIMIENTO Y CONDUCTA EN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y FACTORES DE RIESGO EN LA MUJER

Epidemiología y Prevención / Cardiometabolismo

BASARA, Mónica Alejandra | CROSA, Verónica Lía | AVALOS ODDI, Alejandra Karina | AGUERO, Roberto Nicolás | GONZÁLEZ, Silvia Marina | KAZELIAN, Lucía Raquel

Área Corazón y Mujer SAC

Objetivos: Evaluar en un grupo de médicos argentinos el conocimiento sobre factores de riesgo (FRCV), mortalidad cardiovascular y las conductas clínicas ante la detección de FRCV en la mujer.

Materiales y Métodos: Estudio observacional transversal mediante encuesta digital anónima en REDCap. Se incluyeron médicos que asistieran a pacientes adultos analizando diferencias por sexo, especialidad, actividad docente y años de ejercicio. Las variables categóricas se expresan como frecuencia absoluta y relativa (n, %); las variables continuas como media $\pm$ desviación estándar (DE). Las comparaciones entre grupos independientes se realizaron con el test chi-cuadrado (χ^2) de Pearson para variables categóricas y con la prueba de Mann-Whitney U para variables continuas. Para tablas con más de dos grupos se aplicó el test χ^2 global de homogeneidad. Se consideró estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$. El análisis fue realizado con Python 3.12 (SciPy 1.13, Pandas 2.2).

1. Características generales de la muestra

Tabla 1. Características sociodemográficas y profesionales de la muestra, según sexo del médico encuestado

Variable	Total, N=1.530	Hombres n=842	Mujeres n=888
Edad, años (media $\pm$ DE)	49,2 $\pm$ 11,5	52,2 $\pm$ 11,7	46,8 $\pm$ 10,6
Especialidad, n (%)			
Cardiología	671 (43,8)	381 (59,3)	283 (31,9)
Clínica Médica	211 (13,8)	75 (11,7)	134 (15,1)
Ginecología/Obstetricia	152 (9,9)	22 (3,4)	130 (14,6)
Medicina Familiar	96 (6,3)	24 (3,7)	72 (8,1)
Otra	398 (26,0)	134 (20,9)	263 (29,6)
Años de ejercicio profesional, n (%)			
< 10 años	285 (18,6)	89 (13,9)	196 (22,1)
10 a 20 años	394 (25,7)	133 (20,7)	259 (29,2)
> 20 años	709 (46,3)	314 (48,9)	391 (44,0)
> 40 años	145 (9,5)	101 (15,7)	39 (4,4)
Actividad docente, n (%)			
Sin docencia	826 (54,0)	351 (54,7)	468 (52,7)
Pregrado	161 (10,5)	49 (7,6)	110 (12,4)
Posgrado	382 (25,0)	168 (26,2)	214 (24,1)
Ambas	166 (10,9)	71 (11,1)	93 (10,5)

DE: desviación estándar. Edad analizada con test U de Mann-Whitney. Resto de variables con χ^2 de Pearson. Valores $p < 0,05$ en rojo.

Resultados: Participaron 1530 médicos con una edad media: 49,2 años; 58% eran mujeres; el 44% eran cardiólogos. La identificación de la enfermedad cardiovascular (ECV) como principal causa de muerte en la mujer fue mayor en cardiología (76,2% vs 23,8; $p < 0,001$) y fue más frecuente entre los médicos hombres (69,8% vs. 63,2%; $p = 0,008$). La actividad docente se asoció a mayor reconocimiento de la ECV (71,4% vs. 61,3%; $p < 0,001$), mientras que los años de ejercicio no mostraron impacto ($p = 0,617$). En el abordaje de FRCV convencionales, las médicas derivaron más al especialista (60,1% vs. 49,4%; $p < 0,001$) y solicitaron más estudios complementarios (69,3% vs. 64,3%; $p = 0,049$). Los médicos hombres reclasificaron con mayor frecuencia el riesgo ante FRCV no convencionales (38,8% vs. 32,5%; $p = 0,014$). Las diferencias por especialidad fueron significativas en todas las conductas ($p < 0,001$). El inicio de tratamiento y la derivación ante FRCV convencionales disminuyeron con mayor antigüedad profesional ($p = 0,002$ y $p < 0,001$).

Conclusiones: Se evidenciaron brechas significativas en el conocimiento de la ECV como principal causa de muerte en la mujer en especial en médicas, también hubo diferencias por sexo, especialidad y actividad docente, así como en el abordaje de los FRCV. La antigüedad profesional se asoció a una menor implementación de conductas terapéuticas y de derivación.

0015 - SÍNDROME CARDIOVASCULAR RENAL METABÓLICO EN ADULTOS JÓVENES: UNA ENTIDAD SUBDIAGNOSTICADA

Cardiometabolismo / Epidemiología y Prevención

DIZ FILICE, Agustina Daniela

Sanatorio Julio Mendez

Objetivos: Describir la presentación precoz e inusual del síndrome cardiovascular-renal-metabólico (CKM) en estadio avanzado en un adulto joven, entendido como la interacción entre factores de riesgo metabólicos, enfermedad renal crónica (ERC) y enfermedad cardiovascular, y enfatizar la importancia de su identificación temprana para prevenir la progresión hacia enfermedad cardiovascular establecida y la mortalidad asociada.

Materiales y Métodos: Revisión bibliográfica sobre el síndrome CKM, con énfasis en poblaciones jóvenes abordando prevalencia, riesgo de progresión y pronóstico, complementada con un caso clínico representativo como ejemplo de presentación inusual y avanzada de este síndrome.

Resultados: Paciente masculino de 32 años con antecedentes de obesidad grado 2, tabaquismo, sedentarismo y antecedentes heredofamiliares de hipertensión y obesidad, consultó a guardia externa por cefalea evidenciándose presión arterial de 240/130 mmHg. Ingresó a Unidad Coronaria con diagnóstico de emergencia hipertensiva con daño renal. Durante la internación se realizaron múltiples estudios que evidenciaron: ERC G4A2, insuficiencia cardíaca con FEy preservada, apnea obstructiva del sueño, retinopatía hipertensiva y síndrome metabólico. Se interpretó como síndrome CKM en etapa 4 b (según clasificación de la Asociación Americana del Corazón - AHA) y se instauró tratamiento antihipertensivo combinado asociado a inhibidores de SGLT2, uso de CPAP, medidas higiénico dietéticas, con evolución clínica favorable.

Conclusiones: Este caso ilustra la presentación inusual de un síndrome CKM en estadio avanzado en un paciente joven, diagnosticado a partir de una emergencia hipertensiva. Estudios poblacionales recientes publicados en 2024 en JAMA y JAMA Network Open, basados en datos de la National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), han permitido categorizar la distribución del síndrome en la población general en Estados Unidos. En estos análisis, los adultos jóvenes (20–40 años) representan aproximadamente el 40% de la muestra, lo que aporta solidez a su evaluación. En este grupo etario, alrededor del 80% presenta al menos un estadio del síndrome, con predominio de fases iniciales (estadios 1–2), mientras que solo entre el 18–22% se encuentra en estadio 0. La prevalencia de estadios avanzados (3–4), asociados a enfermedad cardiovascular o renal establecida, es baja, cercana al 2%. Estos hallazgos evidencian que, si bien la enfermedad manifiesta es infrecuente en edades tempranas, existe una elevada carga de factores de riesgo interrelacionados que configuran un estado de alto riesgo subclínico. Por otro lado, el estudio Atherosclerosis Risk in Communities Study (AHA 2026) ha demostrado que, más allá de haberse realizado en una población de mayor edad, los estadios más avanzados del síndrome se asocian con alteraciones progresivas en la estructura y función cardíaca, remodelado miocárdico adverso y un incremento gradual del riesgo de insuficiencia cardíaca incidente, siendo este riesgo significativamente mayor en estadio 4. La identificación precoz mediante el uso de herramientas diagnósticas accesibles en la práctica clínica habitual, resulta clave para frenar la progresión del daño multiorgánico, disminuir la carga de insuficiencia cardíaca y reducir la mortalidad asociada.

0026 - DIABETES MELLITUS Y CARGA ANGIOGRÁFICA CORONARIA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO: ASOCIACIÓN CON COMPLEJIDAD ANATÓMICA

Cardiometabolismo

GONZÁLEZ LAGRANGE, Tomas | PESCE, Macarena Eliana

Sanatorio Julio Mendez

Objetivos: Evaluar la asociación entre diabetes mellitus y enfermedad coronaria multivaso en pacientes internados por síndrome coronario agudo. Como objetivos secundarios, se analizó la relación entre diabetes mellitus y compromiso del tronco de coronaria izquierda, así como la asociación entre los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) y la extensión del compromiso coronario dentro del subgrupo de pacientes diabéticos.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, que incluyó pacientes internados con diagnóstico de síndrome coronario agudo entre octubre de 2022 y febrero de 2026. Se analizaron antecedentes clínicos, factores de riesgo cardiovascular, presencia de diabetes mellitus, valores de HbA1c y hallazgos angiográficos coronarios. La enfermedad coronaria multivaso fue definida como el compromiso angiográfico de dos o más vasos coronarios. En el subgrupo de pacientes diabéticos se evaluó además la distribución del patrón angiográfico según tres categorías de HbA1c: menor de 6,5 %, entre 6,5 % y 8 %, y mayor de 8 %. Se compararon las características basales y angiográficas entre pacientes diabéticos y no diabéticos.

	Diabeticos N: 160	No Diabeticos N: 347	P
0 Vasos	21 (13.1%)	78 (22.8%)	0.018
1 Vaso	41 (25,6%)	107 (31,2%)	0.26
2 Vasos	39 (24.3%)	84 (24,5%)	1
3 Vasos	58 (36,25%)	73 (21.3%)	0.0004
Compromiso de TCI	21 (13,1%)	30 (8.7%)	0.164
Enfermedad multivaso (=2 vasos)	97/160 (60.6%)	159 (46.4%)	0.0028

Resultados: Se incluyeron 507 pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio, de los cuales 160 eran diabéticos. La edad promedio fue de 67 años y predominó el sexo masculino. Los pacientes con diabetes mellitus presentaron una mayor carga de factores de riesgo cardiometabólicos en comparación con los no diabéticos, con mayor frecuencia de hipertensión arterial, dislipemia y obesidad. En el análisis angiográfico, los pacientes diabéticos mostraron menor proporción de arterias coronarias sin lesiones significativas y mayor frecuencia de enfermedad coronaria extensa. La enfermedad multivaso estuvo presente en el 60,6 % de los pacientes diabéticos, en comparación con el 46,4 % de los no diabéticos. Asimismo, la enfermedad de tres vasos fue más frecuente en el grupo con diabetes mellitus, con una prevalencia de 36,25 % frente a 21,3 % en los no diabéticos. El compromiso del tronco de coronaria izquierda se observó en el 13,1% de los pacientes diabéticos y en el 8,7% de los no diabéticos. En el análisis según control glucémico, los pacientes con HbA1c mayor de 8 % presentaron mayor proporción de enfermedad de tres vasos y de compromiso del tronco de coronaria izquierda, mientras que los pacientes con valores menores de HbA1c mostraron con mayor frecuencia arterias coronarias sin afectación significativa o enfermedad de menor extensión.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes internados por síndrome coronario agudo, la diabetes mellitus se asoció con una mayor extensión de la enfermedad coronaria, evidenciada por mayor prevalencia de enfermedad multivaso y de compromiso de tres vasos. Además, los niveles más elevados de HbA1c se relacionaron con una tendencia a mayor complejidad anatómica coronaria dentro del subgrupo diabético. Estos hallazgos sugieren que la presencia de diabetes mellitus y el grado de control glucémico podrían aportar información relevante para la estratificación de riesgo cardiovascular y la planificación de estrategias terapéuticas en pacientes con síndrome coronario agudo.

0028 - EMBOLIZACIÓN BARIÁTRICA: UN TRATAMIENTO NOVEDOSO PARA EL CONTROL DE LA OBESIDAD Y DEL SÍNDROME METABÓLICO

Cardiometabolismo

GUAMAN DIAZ, Carolina Tatiana | PAZOS REDONDO, Cristian Francisco

Sanatorio Colegiales

Objetivos: La obesidad es un determinante central del síndrome cardiovascular-renal-metabólico, responsable de 3,7 millones de muertes anuales. Las estrategias actuales presentan limitaciones: la cirugía bariátrica, con pérdidas del 25–35%, implica cambios anatómicos irreversibles y recuperación ponderal del 35–49% a 2 años; los agonistas GLP-1/GIP logran pérdidas del 15–21%, pero con abandono del 50–75% anual y recuperación al suspenderlos. En este contexto, la embolización bariátrica surge como alternativa endovascular mínimamente invasiva que suprime la grelina –única hormona estimuladora del apetito de origen periférico, producida en un 90% en el fundus gástrico– sin modificar la anatomía ni requerir tratamiento crónico.

RESULTADOS DESTACADOS DE LA EMBOLIZACIÓN BARIÁTRICA SEGÚN DOMINIO			
Dominio	Resultado principal	Fuente / Estudio	Significancia
Pérdida de peso	-6,4% vs. -2,8% (grupo simulado) a 6 meses; -9,3% a 12 meses	LOSEIT — Reddy et al., JACC 2020	p<0,001
	-11,5% exceso de peso al año; mejoría calidad de vida (WQOL-Lite 57–77)	BEAT Obesity — Weiss et al., Radiology 2019	p<0,001
	-18,5% peso corporal total (-25,1 kg) a 6 meses en obesidad mórbida (IMC 47,4)	Ramazanov et al., 2023	p<0,001
Metabolismo glucémico	Reversión completa de prediabetes en 100% de los casos; HbA1c -21,4%	Zaitoun et al., 2019	p<0,0001
	HOMA-IR: 7,29 → 3,73 (-48,8%)	Levigard et al., Brasil 2021	p=0,01
	HbA1c: 6,2% → 5,3%; HOMA-IR: 4,5 → 1,9 a 6 meses	Ramazanov et al., 2023	p<0,001
Perfil lipídico	HDL +5,8 mg/dL al año (IC95%: 2,0–9,5)	BEAT Obesity — Weiss et al., 2019	p=0,006
	Colesterol total -52,5%; LDL -46,8%; triglicéridos -63%; HDL +93%	Ramazanov et al., 2023 (dislipidemia severa)	Significativo
Presión arterial	PAAD -9,71 mmHg al año; HTA estado 2: 62,5% → 25%	BEAT Obesity — Weiss et al., 2019	p=0,02
Supresión de grelina	Reducción 32–90%; sostenida hasta 12 meses	Levigard 2021 · Ramazanov 2023 · BEAT Obesity 2019	Consistente
Experiencia argentina	-15,7 kg (3m) / -17,1 kg (6m); apetito ↓ 100%; éxito técnico 100%	Samaja & Tejerina — TCT 2023 / JACC (n=20)	100% técnico
Seguridad	Complicaciones mayores <1%; menores autolimitadas en 72h; úlceras superficiales resueltas con IBP	Hafezi-Nejad et al., JVIR 2019 - >15 estudios	<1% graves

PAAD: presión arterial distal; IBP: inhibidores de la bomba de protones; HOMA-IR: índice de resistencia a la insulina. Elaboración propia basada en evidencia disponible.

Materiales y Métodos: La embolización bariátrica logra pérdidas del 8–12% del peso corporal total a 6–12 meses, superando el umbral mínimo de beneficio cardiovascular (ESC 2024). El ensayo LOSEIT (Reddy et al., JACC 2020) mostró pérdidas del 6,4% vs. 2,8% en el grupo simulado (p<0,001), sostenidas en 9% a 2 años. El BEAT Obesity Trial (Weiss et al., 2019) reportó -11,5% del exceso de peso al año (p<0,001). En obesidad mórbida, Ramazanov et al. (2023) documentaron

-18,5% del peso corporal ($p<0,001$), grelina -90% y HbA1c de 6,2% a 5,3% ($p<0,001$). El metaanálisis de Hafezi-Nejad et al. (2019) evidenció una pérdida del 8,1% a 12 meses ($p<0,001$). Se observaron efectos metabólicos independientes: reversión de prediabetes en el 100% de los casos, reducción del índice de resistencia a la insulina (HOMA-IR) del 48,8% ($p=0,01$), aumento del colesterol HDL de 5,8 mg/dL ($p=0,006$) y descenso de la presión arterial diastólica de 9,71 mmHg ($p=0,02$), con reducción de hipertensión estadio 2 del 62,5% al 25%. Las complicaciones mayores fueron infrecuentes ($<1\%$). En Argentina, los casos documentados han evidenciado reducción del apetito, pérdida de peso sostenida en seguimiento de hasta 6 meses, éxito técnico en todos los casos y ausencia de complicaciones mayores.

Resultados: La embolización bariátrica es una estrategia segura, con pérdida de peso progresiva y beneficios metabólicos independientes sobre glucemia, lípidos y presión arterial. A diferencia de cirugía y farmacoterapia, no requiere cambios anatómicos ni tratamiento crónico, posicionándose como alternativa intermedia en obesidad grado I-II y puente en obesidad severa. En Argentina, donde la cirugía cubre menos del 1% de candidatos, su incorporación al abordaje multidisciplinario ampliará el arsenal terapéutico. Futuros estudios definirán su rol en los algoritmos terapéuticos.

Conclusiones: La embolización bariátrica es una estrategia segura, con pérdida de peso progresiva y beneficios metabólicos independientes sobre glucemia, lípidos y presión arterial. A diferencia de cirugía y farmacoterapia, no requiere cambios anatómicos ni tratamiento crónico, posicionándose como alternativa intermedia en obesidad grado I-II y puente en obesidad severa. En Argentina, donde la cirugía cubre menos del 1% de candidatos, su incorporación al abordaje multidisciplinario ampliará el arsenal terapéutico. Futuros estudios definirán su rol en los algoritmos terapéuticos.

0030 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y OBESIDAD EN COMUNIDADES INDÍGENAS DE LOS VALLES CALCHAQUÍES

Hipertensión Arterial / Cardiometabolismo

GALDEANO, Ricardo Sebastián¹ | RAMOS, Rafael Ivan² | ALFIE, Laura Judith³ | NUÑEZ BURGOS, Aida Carolina⁴ | MONTOYA, Pablo Alberto Daniel¹ | PEREYRA, Liliana Noemí Del Valle¹ | JOO TURONI, Claudio⁵

Distrito Tucumán - SAC¹; Distrito Catamarca - SAC²; SAC³; Distrito Salta - SAC⁴; Instituto Superior de Investigaciones Biológicas (INSIBIO), Conicet-UNT y Instituto de Fisiología⁵

Objetivos: Evaluar la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) y obesidad en comunidades indígenas de los Valles Calchaquíes.

Materiales y Métodos: se estudiaron 989 pobladores de Quilmes, Colalao del Valle, Cachi y Fuerte Quemado que concurrieron al Programa "SONQO CALCHAQUÍ" (PSC) (años 2022 y 2023). Se midió presión arterial (PA) y se calculó índice de masa corporal. Se dividieron en: Normotenso (PA normal, sin antecedente de HTA); HTA no diagnosticada (PA elevada, sin antecedente de HTA); HTA controlada (PA normal, con antecedente de HTA) y HTA no controlada (PA elevada, con antecedente de HTA)

Resultados: De los pobladores estudiados, 39,8% presentó sobrepeso; 19,3% obesidad y 9,1% obesidad mórbida. Fuerte Quemado presentó mayor prevalencia de obesidad mórbida y Quilmes de circunferencia de cintura elevada. La Tabla 1 presenta los resultados de los pobladores estudiados. La prevalencia de HTA fue 42,4% (no diagnosticada: 13,1%; controlada: 14,3% y no controlada: 15,0%). El grupo Normotenso presentó menor edad y el HTA no controlada mayor edad. El índice de masa corporal y la circunferencia de cintura fueron menores en los grupos Normotenso y HTA controlada. Los valores de PA fueron mayores en presencia de sobrepeso y obesidad.

Conclusiones: Las comunidades estudiadas presentan una prevalencia de HTA similar a la de media nacional y mayores niveles de sobrepeso y obesidad. Las diferencias encontradas entre las cuatro comunidades indican que cada comunidad requiere un abordaje individualizado, subrayando la necesidad de repensar las estrategias de salud en estas comunidades indígenas de difícil acceso.

TABLA 12: Características generales de la población estudiada

	NT (n=570)	HTA no diagnosticada (n= 130)	HTA controlada (n= 141)	HTA no controlada (n=148)
Edad (años)	44,9±0,7***	53,8±1,3**	61,5±1,2*	65,9±1,0
PAS	117,3±0,5***	149,0±1,1***	122,0±1,0***	157,2±1,2
PAD	72,1±0,3***	86,9±1,0	72,6±0,7***	88,0±0,9
IMC	27,1±0,2	28,1±0,5	27,3±0,4*	29,3±0,5
Circunferencia de cintura (cm)	96,7±0,6***	101,4±1,3	99,8±1,0*	102,7±1,0

NT: Normotenso, HTA: hipertensión; PA: Presión arterial; PAS: PA sistólica; PAD: PA diastólica; PP: PA de pulso; PAM: PA media; IMC: índice de masa corporal. *: $p<0,050$ vs. HTA controlada; +: $p<0,050$ vs. HTA no controlada; **: $p<0,010$ vs. HTA no diagnosticada; ***: $p<0,001$ vs. HTA no diagnosticada y HTA no controlada; **: $p<0,010$ vs. HTA no diagnosticada y HTA no controlada; ***: $p<0,001$ vs. los otros grupos; +: $p<0,001$ vs. HTA controlada y HTA no controlada; ***: $p<0,001$ vs. HTA no diagnosticada y HTA no controlada.

0045 - RESPUESTA DE LA PRESIÓN ARTERIAL PERIFÉRICA Y CENTRAL A UNA INTERVENCIÓN ESTRUCTURADA DE MANEJO DEL ESTRÉS

Epidemiología y Prevención / Cardiometabolismo

LOPEZ ROSETTI, Daniel¹ | MARTINEZ VIVOT, Rocio² | **FAVILLA, Ivana**³ | MADDALENO, Celeste⁴ | MERMIER, Agustina⁵ | RODRIGUEZ MELGAREJO, Ana⁵ | OBREGON, Sebastián Eduardo⁶ | KOTLIAR, Carol⁵

Hospital Central de San Isidro¹; BIOMED, CONICET, Facultad de Ciencias Medicas, Pontificia Universidad Católica Argentina²;

Hospital Central de San Isidro³; Hospital Central De San Isidro⁴; BIOMED Instituto de Investigaciones Biomédicas, CONICET, UCA

y Santa María De La Salud⁵; Santa María De La Salud⁶

Objetivos: Las intervenciones basadas en manejo del estrés han mostrado beneficios sobre la presión arterial y el bienestar psicológico, aunque su impacto sobre parámetros vasculares y rigidez arterial aún no está completamente caracterizado. Dado que la presión arterial central y los índices derivados de la onda de pulso presentan valor pronóstico cardiovascular adicional respecto de las mediciones periféricas, su evaluación permite explorar mecanismos potencialmente modificables mediante intervenciones no farmacológicas. Basados en esta situación del conocimiento, se define como objetivos: a) Evaluar el impacto de una intervención de manejo del estrés sobre la regulación cardiovascular (presión arterial periférica y central y variables hemodinámicas de la presión arterial); y b) variables de salud mental en un ensayo controlado piloto.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio controlado con mediciones pre y post intervención durante 10 semanas. La intervención consistió en un programa estructurado de manejo del estrés (PROMES), con sesiones grupales semanales de 90 minutos que incluyeron psicoeducación en estrés, entrenamiento en estrategias cognitivas y prácticas breves de meditación guiada orientadas a la modulación de la respuesta al estrés. Se incluyeron 40 participantes (intervención n=20; control n=20). La edad media fue 57.6±10.9 años en el grupo intervención y 55.7±13.1 años en el grupo control. Los valores basales de presión arterial fueron comparables entre grupos: PAS 123±13.5 vs 123±12.0 mmHg y PAD 84.4±11.5 vs 81.2±10.2 mmHg (intervención vs control). Se analizaron presión arterial periférica y central, rigidez arterial estimada (ePWV), frecuencia cardíaca y variables de salud mental (SF-36, GAD-7, PHQ-9). Los efectos se evaluaron mediante modelos lineales mixtos con interacción grupo × tiempo, reportando coeficientes beta, intervalos de confianza al 95% (IC95%) y tamaño del efecto (Cohen's d).

Resultados: La intervención se asoció con reducciones en PAS (beta=-6.00 mmHg; d = -0.66), PAM (beta = -4.20 mmHg; d = -0.72) y presión arterial central (beta = -9.92 mmHg; d = -0.88). La rigidez arterial estimada también disminuyó (ePWV: beta = -0.34; d = -0.83). No se observaron cambios en la frecuencia cardíaca (beta= 0.35; p = 0.856). La presión arterial diastólica mostró una reducción en la misma dirección sin alcanzar significación estadística (beta = -3.00 mmHg; p = 0.074; d = 0.56).



Conclusiones: La intervención PROMES produjo cambios vasculares y hemodinámicos en población comunitaria no necesariamente hipertensa, lo que sugiere un efecto favorable sobre mecanismos subclínicos vinculados al estrés, tono simpático, rigidez arterial y carga vascular temprana. Estos hallazgos son consistentes con una modulación favorable de la respuesta al estrés como posible vía de influencia sobre la regulación vascular. Las reducciones observadas en la PAS y la ePWV podrían reflejar una mejor adaptabilidad vascular y una disminución de la carga arterial funcional, potencialmente vinculadas a la atenuación de mecanismos simpáticos y vasculares relacionados con el estrés. Dado su carácter no farmacológico, bajo costo y baja carga de riesgo, podría representar una estrategia complementaria en la prevención y el manejo del riesgo cardiometabólico.

0049 - IDENTIFICACIÓN DE FENOTIPOS DE RIESGO RESIDUAL EN PACIENTES HIPERTENSOS Y DISLIPÉMICOS TRATADOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA

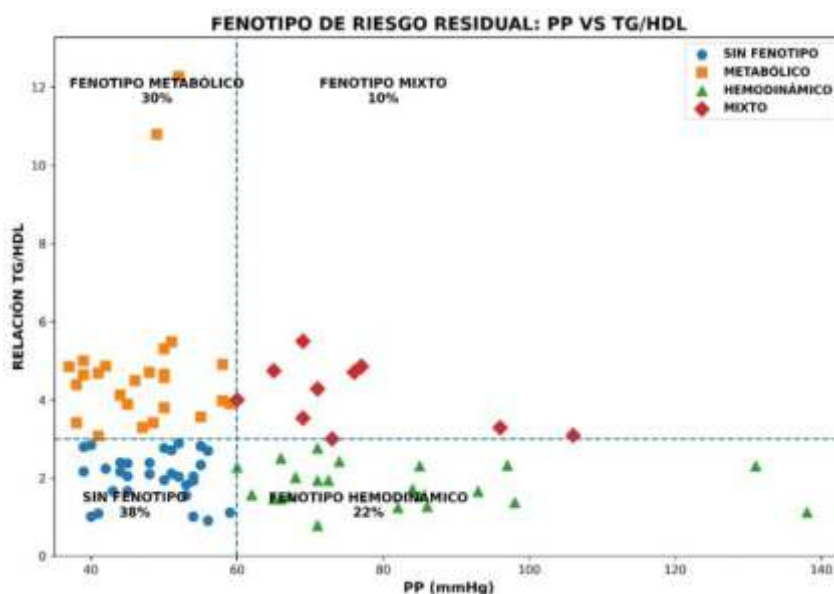
Cardiometabolismo / Epidemiología y Prevención

GONZÁLEZ SARTOR, Ángeles Zoé

Santa María de la Salud

Objetivos: El control de la presión arterial y colesterol LDL constituyen un pilar fundamental del manejo cardiovascular en prevención primaria. Sin embargo, el enfoque basado en promedios poblacionales puede ocultar heterogeneidad biológica significativa. Aun en pacientes tratados y en metas terapéuticas, pueden persistir alteraciones hemodinámicas y metabólicas que reflejan riesgo residual no capturado por los indicadores tradicionales. La hipótesis de este estudio pone en evidencia que el análisis individual de variables cardiometabólicas usuales, podría revelar la persistencia de fenotipos de riesgo residual. **Objetivo primario:** Identificar fenotipos de riesgo residual en pacientes hipertensos y dislipémicos tratados y en prevención primaria. **Objetivos secundarios:** a) Evaluar la distribución de variables hemodinámicas y metabólicas en cada fenotipo; b) Analizar la asociación de biomarcadores de riesgo cardiovascular con cada fenotipo.

Materiales y Métodos: Estudio clínico, prospectivo. Se definieron 3 fenotipos posibles: 1) Fenotipo hemodinámico: Presión de Pulso (PP) ≥ 60 mmHg; 2) Fenotipo metabólico: Relación Triglicéridos/Colesterol HDL (TG/HDL) ≥ 3 ; 3) Fenotipo mixto: combinación de ambos. Se analizaron variables clínicas, hemodinámicas y metabólicas: IMC, presión arterial braquial, presión arterial central, presión de pulso (PP), frecuencia cardíaca, velocidad de onda de pulso estimada (PWV), glucemia, perfil lipídico y relación TG/HDL. Se evaluó la distribución de las variables mediante test de Shapiro-Wilk y homogeneidad de varianzas con test de Levene. Dada la no normalidad de la mayoría de variables, se adoptó un enfoque descriptivo y fenotípico para definir tres fenotipos de riesgo residual.



Resultados: Se evaluaron 136 pacientes, con diagnóstico documentado de HTA y DLP en tratamiento farmacológico estable. La población final fue de 100 p ($55,7 \pm 13,0$ años, 57% masculino; IMC $28,4 \pm 4,6$ kg/m²). La PAS/PAD fue $139,6 \pm 20,5$ / $84,3 \pm 12,7$ mm Hg; PP $55,3 \pm 19,6$; Colesterol LDL $106,7 \pm 27,8$ mg/dl; HDL $55,9 \pm 17,4$ mg/dl; TG $150,9 \pm 57,1$ mg/dl; Glucemia $100,1 \pm 19,6$ mg/dl. El análisis de distribución mostró que la mayoría de las variables no presentaban normalidad (test de Shapiro-Wilk $p < 0,05$), incluyendo triglicéridos, LDL, HDL y PAS, evidenciando heterogeneidad biológica no capturada por los promedios. Se identificaron fenotipos de riesgo residual en 62p (62%) de toda la población con la

siguiente distribución: I) Metabólico en 30 p (30%; TG/HDL $3,09 \pm 1,88$); II) Hemodinámico 22p (22%; PP $77,8 \pm 14,8$) y III) Mixto 10p (10%). El 59% del total de los pacientes presentó una PAS ≤ 140 mientras que en 41% su PAS fue > 140 mmHg. La distribución del fenotipo hemodinámico fue 5,4% con ≤ 130 mmHg; 8,3% con PAS de 130–135 mmHg, 10% entre 135–140 mmHg. De los pacientes con PAS > 140 mmHg, el 68,3% tenían fenotipo hemodinámico. El fenotipo metabólico (TG/HDL ≥ 3 , media de $3,09 \pm 1,88$); se observó en 30 p (30,0%); 30% del grupo con LDL 100–110 mg/dl; 25% con LDL 100–70 mg/dl y 2,5% LDL ≤ 70 mg/dl.

Conclusiones: Los resultados demostraron una prevalencia del 30,0% del fenotipo metabólico, 22,0% hemodinámico y 10,0% mixto en la población evaluada. La clasificación fenotípica evidenció que 6 de cada 10 pacientes presentaban algún patrón de riesgo residual. Estos hallazgos respaldan la utilidad de detectar perfiles no evidentes mediante valoración aislada de factores de riesgo convencionales, especialmente en aquellos pacientes que se hallan en metas.

0050 - ZINC COMO MODULADOR METABÓLICO Y PROTECTOR MUSCULAR EN EL SÍNDROME METABÓLICO EXPERIMENTAL

Cardiometabolismo

MEDINA, Agustina¹ | ZAOBORNYY, Tamara² | HID, Ezequiel² | FARIÑA, Gregorio² | CANIFFI, Carolina Cecilia¹ | ELES GARAY, Rosana¹ | ARRANZ, Cristina Teresa¹ | **TOMAT, Analía¹**

Facultad de Farmacia y Bioquímica. Universidad De Buenos Aires. IQUIMEFA-CONICET¹; Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA²

Objetivos: Desde etapas tempranas de la vida, el consumo de dietas ricas en grasas e hidratos de carbono constituye un factor de riesgo para la instauración del síndrome metabólico (SM). La suplementación de zinc podría atenuar el deterioro metabólico y del músculo esquelético (ME), dadas sus propiedades metabólicas, antioxidantes y antiinflamatorias. El objetivo del trabajo es evaluar los efectos de suplementación de zinc sobre las alteraciones del metabolismo intermedio, la presión arterial sistólica (PAS) y el músculo esquelético (ME) sólo inducidas en ratas alimentadas con una dieta rica en grasas y fructosa durante el crecimiento postdestete.

Materiales y Métodos: Ratas Wistar machos recibieron desde los 21 (destete) hasta los 81 (adultos jóvenes) días: dieta control (CC, Zinc 30 ppm), dieta suplementada en zinc (CZ: Zinc 190ppm), dieta alta en grasa (CGF; grasa de cerdo aporta el 60% de las calorías totales, Zinc 30 ppm) y fructosa al 10% en agua de bebida, dieta alta en grasa suplementada en zinc (ZGF; grasa aporta el 60% de las calorías, Zinc 190 ppm) y fructosa al 10% en agua de bebida. Al día 81 se determinaron: peso corporal, PAS, prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) y perfil lipídico. Se evaluaron cambios morfológicos, mitocondriales y del estado oxidativo del ME. Estadística: Anova de 2 factores, test post-hoc: Bonferroni: *p<0,05 Vs CC; p<0,05 Vs CGF; &p<0,05 Vs CZ; n=9 por grupo.

Resultados: CGF mostró alteraciones asociadas al SM, al presentar un aumento del peso corporal, la PAS, la trigliceridemia, la glucemia, y el área de PTOG, y una reducción del colesterol HDL. Las alteraciones metabólicas se vieron atenuadas en el grupo ZGF. En CZ, la suplementación con zinc redujo la glucemia, aumentó la sensibilidad a la insulina, y disminuyó las concentraciones de colesterol total y HDL. El ME sólo de CGF presentó fibras de tamaños menores, remodelado hipertrófico vascular, y un incremento de la peroxidación lipídica asociada a la disminución en la actividad de las enzimas superóxido dismutasa (SOD) y glutatión peroxidasa, respecto a CC. Al evaluar su ultraestructura por microscopía electrónica, se observó un incremento de la fracción del volumen citosólico ocupado por mitocondrias, y expansión de la matriz mitocondrial, que conducen a la disfunción mitocondrial y daño celular. La suplementación con zinc protegió al ME de las alteraciones morfológicas y oxidativas, e indujo una adaptación mitocondrial (mitocondrias más grandes que conservan la morfología normal y mayor fracción volumétrica). En CZ, la suplementación con zinc incrementó la actividad de SOD sin generar cambios morfológicos.

Conclusiones: El zinc puede actuar como un modulador clave en la prevención y atenuación de las alteraciones metabólicas y musculares inducidas por dietas obesogénicas, reforzando su potencial como estrategia nutricional en el contexto del SM. En condiciones control, el zinc ejerce un efecto regulador basal de parámetros metabólicos y antioxidantes.

	CC	CZ	CGF	ZGF
Peso Corporal (g)	338 ± 29	310 ± 21	488 ± 11*	402 ± 25 ^{1,2}
PAS (mmHg)	133 ± 2	126 ± 6	158 ± 2*	145 ± 1 ^{1,2}
Glucemia en ayunas (mg/dl)	119 ± 3	106 ± 3*	135 ± 3*	123 ± 2 ^{1,2}
Área bajo PTOG (min(dg.dl))	25761 ± 567	21893 ± 404*	28877 ± 1262*	25232 ± 545 ^{1,2}
Triglicéridos (mg/dl)	94 ± 10	58 ± 2	156 ± 9*	139 ± 16 ^{1,2}
Colesterol Total (mg/dl)	108 ± 3	57 ± 4*	94 ± 6	88 ± 4 ¹
c-HDL (mg/dl)	70 ± 2	37 ± 2*	55 ± 3*	42 ± 3 ¹
c-no-HDL (mg/dl)	35,0 ± 3,7	22,8 ± 0,7*	38,7 ± 3,6	26,0 ± 2,0 ¹
ME Sólo: Morfología de las células y vasos sanguíneos				
Área células musculares (µm ²)	1841 ± 103	1701 ± 85	1483 ± 86*	1827 ± 80 ¹
Área media/área luz	1,7 ± 0,2	2,7 ± 0,5	3,2 ± 0,3*	1,8 ± 0,1 ¹
Área colágeno perivascular/Área luz	3,6 ± 0,4	3,9 ± 0,4	5,8 ± 0,3*	2,3 ± 0,3 ^{1,2}
ME Sólo: Estado oxidativo				
Peroxidación lipídica: Especies reactivas del ácido lipobarbítico (TBARS) (nmol TBARS/mg proteínas)	0,015 ± 0,002	0,023 ± 0,008	0,081 ± 0,023**	0,029 ± 0,004*
Actividad superóxido dismutasa (u/mg proteína)	12,33 ± 0,12	16,91 ± 0,03*	9,90 ± 0,80*	14,70 ± 1,70*
Actividad glutatión peroxidasa (µmol/min/mg)	0,080 ± 0,010	0,058 ± 0,005	0,029 ± 0,006*	0,092 ± 0,017*
Análisis estereológico de las mitocondrias del ME sólo (microscopía electrónica)				
N° mitocondrias (mitocondrias/µm ²)	0,58 ± 0,04	0,54 ± 0,04	0,65 ± 0,03	0,70 ± 0,07
Área promedio de mitocondrias (µm ²)	0,070 ± 0,005	0,115 ± 0,007	0,102 ± 0,007	0,348 ± 0,020 ^{1,2}
Densidad volumétrica mitocondrial	6,85 ± 1,02	8,44 ± 77	11,63 ± 0,80*	23,16 ± 2,13 ^{1,2}

0051 - FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICO DE APNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ALTA SOSPECHA CLÍNICA

Epidemiología y Prevención / Hipertensión Arterial

REIS, María Belén | AVACA, Horacio Alberto | BLANCO, Magali | BORSINI, Eduardo | NOSETTO, Daniela | SCHIAVONE, Miguel Javier | SCHNEIDER, María Fernanda | TOLEDO MUÑOZ, Adriana Graciela

Unidad de HTA, CM, DLP Hospital Británico de Buenos Aires

Objetivos: La apnea obstructiva del sueño (AOS) representa un importante desafío para los sistemas de salud debido a su elevada prevalencia en la población adulta y a la morbilidad cardiovascular asociada. Se estima una prevalencia aproximada de 5–9% en hombres y de 3–5% en mujeres, aunque estos valores podrían estar subestimados debido al alto porcentaje de pacientes no diagnosticados. La evidencia epidemiológica disponible respalda de manera consistente la asociación entre AOS y HTA. Diversos estudios han demostrado que la AOS constituye un factor de riesgo independiente para el desarrollo de HTA, estimándose que aproximadamente el 50% de los pacientes hipertensos presentan AOS concomitante. Asimismo, la AOS es considerada una de las causas secundarias más frecuentes de HTA, particularmente pacientes con HTA resistente. La AOS también se encuentra estrechamente relacionada con otros FRCV, como la DLP y la obesidad. La hipoxia intermitente característica de este trastorno favorece alteraciones metabólicas, inflamación sistémica y disfunción endotelial, mecanismos que contribuyen al desarrollo de aterosclerosis y enfermedad cardiovascular. En relación con la obesidad, principal factor de riesgo para AOS, se ha demostrado una asociación directa entre el incremento del índice de masa corporal y la severidad del trastorno respiratorio del sueño. Estudios previos estiman que entre el 40%–90% de los pacientes obesos pueden presentar algún grado de AOS. A pesar de su elevada frecuencia y relevancia clínica, la AOS continúa siendo una entidad subdiagnosticada en la práctica habitual. En este contexto, las guías actuales recomiendan mantener un alto índice de sospecha clínica, especialmente en pacientes con obesidad, HTA, insuficiencia cardíaca y arritmias, promoviendo estrategias de pesquisa sistemática para mejorar su detección precoz.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Se incluyeron pacientes de 25 a 75 años, con presencia de FRCV (excluyendo pacientes con DBT 2) y sin diagnóstico previo de AOS. Derivados a la Unidad de HTA, CM y DLP de un hospital de comunidad, entre enero de 2024 y enero 2025. Se les solicitó a los pacientes autocompletar la encuesta de Berlín, STOP BANG y Epworth. En los casos de tener algún score elevado y ante la presencia de 1 o más FRCV se les solicitó una poligrafía respiratoria ambulatoria realizada con equipo ApneaLink Air (ResMed®).

Resultados: Se incluyeron 192 pacientes, de los cuales el 58.85% correspondieron al sexo masculino, con una edad media de 55.87 años. El 41.15% fueron mujeres, con una edad media de 59.13 años. Ver Tabla 1 para descripción de los factores de riesgo y de los resultados. A pesar de la elevada frecuencia de AOS, solo el 12.5% presentó Epworth ≥ 11 , sugiriendo baja sensibilidad de la somnolencia diurna como

herramienta aislada de pesquisa. Se consideró dos scores elevados y la presencia de 1 o más FRCV para solicitar la poligrafía respiratoria. Del total de pacientes derivados el 73.44% presentaron AOS, de los cuales el 36.98% presentó AOS leve, el 23.96% presentó AOS de grado moderado y 12.5% AOS severo. Una limitante de los resultados mostrados es la selección de pacientes dentro de una Unidad de HTA, CM y DLP de un hospital de comunidad.

Conclusiones: En pacientes con factores de riesgo cardiovascular sin DBT2 y alta sospecha clínica, el uso sistemático de herramientas de pesquisa y poligrafía respiratoria ambulatoria permitió detectar una elevada frecuencia de AOS previamente no diagnosticada (73.44%). Estos hallazgos refuerzan la importancia de implementar estrategias de screening en poblaciones cardiovasculares de alto riesgo.

Tabla 1. Descripción de población y resultados

Factores de Riesgo	Porcentaje
• HTA	88.54
• DLP	63.54
• Sobrepeso	35.42
• Obesidad	51.04
Factores de Riesgo Asociados	
• HTA y DLP	57.81
• HTA, DLP y Sobrepeso/obesidad	79.17
Scores	
• Berlín	100
• STOP BANG ≥ 5 puntos	32.82
• Epworth ≥ 11	12.5
Poligrafía Respiratoria Ambulatoria	
• AOS leve	36.98
• AOS moderado	23.96
• AOS severo	12.5
• AOS Negativo	26.56

0061 - "ROL DE LA INTERVENCIÓN NUTRICIONAL INTENSIVA EN UNA UNIDAD CARDIOMETABÓLICA: ADHERENCIA Y CAMBIOS ANTROPOMÉTRICOS INICIALES."

Cardiometabolismo

HERNANDEZ, Julieta | BULA O, Julio G | GHECO, Lara | QUINTANA, Ezequiel

Sanatorio Güemes

Objetivos: Evaluar la factibilidad, adherencia y el impacto inicial de una estrategia de intervención nutricional intensiva integrada a una Unidad Cardiometabólica ambulatoria en pacientes de alto riesgo cardiovascular.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, longitudinal, de cohorte prospectiva, en pacientes consecutivos incluidos desde el 16/01/2026 en una Unidad Cardiometabólica ambulatoria. Se incluyeron pacientes con diabetes mellitus o prediabetes y al menos otro factor o potenciador de riesgo cardiovascular, en prevención primaria o secundaria. La estrategia nutricional incluyó evaluación inicial integral, plan alimentario individualizado, educación alimentaria progresiva, cambios en el estilo de vida, seguimiento presencial y virtual protocolizado, y trabajo coordinado con Cardiología y Diabetología. Se analizaron cambios entre la visita basal y la última visita disponible en variables antropométricas, metabólicas y conductuales. La adherencia a las recomendaciones alimentarias se definió como el cumplimiento $\geq 75\%$. Se consideró el cumplimiento del ejercicio físico a la realización de al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada. Las variables continuas se expresaron como media $\pm$ desviación estándar. Para comparaciones pareadas se utilizó prueba de Wilcoxon.

Resultados: Se incluyeron 18 pacientes, con edad media de $58,3 \pm 9,9$ años; el 55,6% fueron varones. Al ingreso, el índice de masa corporal medio fue de $35,8 \pm 7,5$ kg/m² y el perímetro de cintura de $114,7 \pm 16,3$ cm, con obesidad en el 66,7% y obesidad severa en el 44,4%. Dieciséis pacientes completaron el primer control. En el análisis pareado se observó reducción de peso corporal de $-2,4 \pm 3,4$ kg ($p=0,007$), del índice de masa corporal de

Análisis pareado basal versus última visita disponible

Variable	n pareado	Basal	Seguimiento	Cambio	p
Peso, kg	16	$98,0 \pm 22,1$	$95,6 \pm 20,2$	$-2,4 \pm 3,4$	0,007
IMC, kg/m ²	16	$35,7 \pm 8,0$	$34,8 \pm 7,3$	$-0,9 \pm 1,2$	0,003
Cintura, cm	16	$113,8 \pm 16,9$	$113,0 \pm 16,4$	$-0,8 \pm 1,8$	0,082
Índice cintura/talla	16	$0,69 \pm 0,11$	$0,68 \pm 0,11$	$-0,01 \pm 0,01$	0,060
TAS, mmHg	15	$129,4 \pm 15,8$	$123,7 \pm 14,2$	$-5,7 \pm 16,6$	0,078
TAD, mmHg	15	$81,0 \pm 7,6$	$74,3 \pm 9,0$	$-6,7 \pm 12,8$	0,036
HbA1c, %	6	$7,6 \pm 3,2$	$6,5 \pm 1,4$	$-1,1 \pm 1,9$	0,125
LDL, mg/dl	7	$97,1 \pm 45,8$	$69,0 \pm 32,1$	$-28,1 \pm 29,3$	0,031
Triglicéridos, mg/dl	7	$167,6 \pm 65,4$	$136,4 \pm 49,8$	$-31,1 \pm 40,1$	0,156

$-0,9 \pm 1,2$ kg/m² ($p=0,003$) y tendencia a menor perímetro de cintura de $-0,8 \pm 1,8$ cm ($p=0,082$). Los cambios fueron calculados como seguimiento menos basal. Para variables continuas pareadas se utilizó prueba de Wilcoxon. Los valores de laboratorio o mediciones clínicas cargados como 0 fueron tratados como datos faltantes. Las comparaciones por subgrupos se interpretan como exploratorias por el tamaño muestral inicial. El principal hallazgo fue una mayor reducción de peso e IMC en pacientes con obesidad severa basal. Las comparaciones por prevención primaria/secundaria y por uso basal de iSGLT2/aGLP-1 no mostraron diferencias estadísticamente significativas. El análisis de riesgo extremo no fue interpretable por contar con un solo paciente en esa categoría. La adherencia a las recomendaciones alimentarias fue del 87,5% y la realización de actividad física aumentó del 16,7% basal al 56,2% en seguimiento.

Conclusiones: La incorporación de una estrategia nutricional intensiva dentro de una Unidad Cardiometabólica ambulatoria fue factible y se asoció con mejorías tempranas en variables antropométricas y conductuales. Estos hallazgos destacan el rol central de la nutrición como componente terapéutico en pacientes de alto riesgo cardiovascular y respaldan la continuidad y expansión de modelos interdisciplinarios de atención.

0063 - RIESGO DE FIBROSIS HEPÁTICA POR FIB-4 EN PACIENTES CON DIABETES

Cardiometabolismo

RODRÍGUEZ, María Del Rosario | SALOMON, Jimena Rocío | FERRARA, María Victoria | CHICOTE, Fiorella Sofía | ZUBIMENDI, Manuel Ignacio | FALCO, Vittorio | RIDOLFO, Ayelén | SANABRIA, Hugo Daniel

ICBA - Instituto Cardiovascular

Objetivos: La diabetes (DM) se asocia a una elevada carga de enfermedad cardiovascular y a una alta prevalencia de esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD), cuya progresión a fibrosis hepática se vincula con peor pronóstico clínico. En este contexto, el índice FIB-4 constituye una herramienta simple y de bajo costo para la

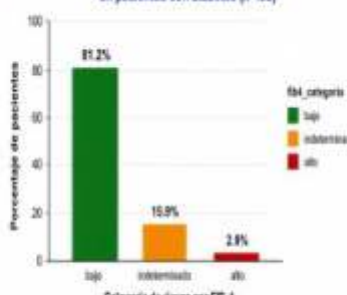
estratificación inicial del riesgo de fibrosis hepática, especialmente útil en poblaciones de alto riesgo metabólico y cardiovascular. Objetivos: Comparar las características clínicas de los pacientes con DM según categorías de riesgo de fibrosis hepática estimadas por FIB-4.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional de pacientes con diagnóstico de DM que concurrieron a una evaluación ambulatoria en un centro monovalente cardiovascular de Buenos Aires, desde Noviembre del 2023 a Octubre del 2025. Se recabaron datos antecedentes clínicos, examen físico, tratamientos, laboratorio completo, así como datos de ecocardiograma Doppler transtorácico, ecoDoppler carotídeo y SPECT cardíaco. El índice FIB-4 se calculó a partir de edad, AST, ALT y plaquetas, clasificando el riesgo de fibrosis como bajo (<1,3 en <65 años o <2 en ≥ 65), elevado (≥ 2,67, independientemente de la edad) o indeterminado en los casos restantes. Siguiendo las recomendaciones de evaluación y seguimiento, los pacientes con FIB-4 indeterminado y elevado fueron analizados en forma conjunta.

Tabla 1. Características de la población

Variable	Valores (n 483)
Edad, años (media (SD))	62,3 (11,3)
Sexo masculino, % (media (SD))	61,9 (11,3)
IMC (media (SD))	29,6 (5,4)
Valores de laboratorio	
Plaquetas, mm ³ (media (SD))	217,4 (51,5)
HbA _{1c} , % (media (SD))	7,0 (1,4)
Glucemia, mg/dL (media (SD))	130,9 (51,5)
LDL-colesterol (media (SD))	161,3 (105,8)
AST, mg/dL (media (SD))	31,8 (31,8)
ALT, mg/dL (media (SD))	39,4 (31,8)
Proteínas, mg/dL (media (SD))	7,0 (1,4)
TGP, U/L (media (SD))	51,8 (17,0)
TCR, U/L (media (SD))	1,0 (1,0)
PCRV, mg/dL (media (SD))	1,07 (0,4)
Factores de riesgo CV	
Antes de DM (media (SD))	11 (2,3)
Dislipidemia, % (media (SD))	61,9 (11,3)
HFA, % (media (SD))	16,1 (5,4)
Tipos de DM	
DM1 y otros, % (media (SD))	0,5 (0,5)
DM2 y LADA, % (media (SD))	79,4 (11,3)
DM3, % (media (SD))	19,5 (5,4)
Anticoagulantes	
ACV previos, % (media (SD))	17 (3,5)
ERC, % (media (SD))	22,3 (11,3)

Figura 1: Distribución del riesgo de fibrosis hepática por FIB-4 en pacientes con diabetes (n 483)



• **Riesgo bajo:** < 1,3 en < 65 años o < 2 en ≥ 65
 • **Riesgo indeterminado:** ≥ 1,3 - < 2,67 o de 65 años a ≥ 2 - < 57 en ≥ 65
 • **Riesgo elevado:** ≥ 2,67

Tabla 2. Comparación de la población con FIB-4 bajo vs indeterminado-elevado

Variable	Bajo FIB-4 (n 395)	Indeterminado-elevado FIB-4 (n 88)	p
Edad (media (SD))	62,3 (11,3)	62,3 (11,3)	0,992
Sexo masculino, %	61,9 (11,3)	61,9 (11,3)	0,992
IMC (media (SD))	29,6 (5,4)	29,6 (5,4)	0,992
HbA _{1c} , % (media (SD))	7,0 (1,4)	7,0 (1,4)	0,002
Glucemia, mg/dL (media (SD))	130,9 (51,5)	130,9 (51,5)	0,028
LDL-colesterol (media (SD))	161,3 (105,8)	161,3 (105,8)	0,992
AST, mg/dL (media (SD))	31,8 (31,8)	31,8 (31,8)	0,992
ALT, mg/dL (media (SD))	39,4 (31,8)	39,4 (31,8)	0,992
Proteínas, mg/dL (media (SD))	7,0 (1,4)	7,0 (1,4)	0,992
TGP, U/L (media (SD))	51,8 (17,0)	51,8 (17,0)	0,992
TCR, U/L (media (SD))	1,0 (1,0)	1,0 (1,0)	0,992
PCRV, mg/dL (media (SD))	1,07 (0,4)	1,07 (0,4)	0,992
Antes de DM, %	11 (2,3)	11 (2,3)	0,992
Dislipidemia, %	61,9 (11,3)	61,9 (11,3)	0,992
HFA, %	16,1 (5,4)	16,1 (5,4)	0,992
Anticoagulantes			
ACV previos, %	17 (3,5)	17 (3,5)	0,992
ERC, %	22,3 (11,3)	22,3 (11,3)	0,992

Resultados: Se incluyeron 483 pacientes con DM, con una edad media de 62,3 años y predominio de sexo masculino (61,9%). Con respecto al tipo de DM, el 83,4% presentó DM tipo 2, el 16,1% presentaron DM tipo 1 o LADA, y el restante 0,5% tipo MODY u otros. La mediana de evolución de DM fue de 10 años y el IMC de 29,6. Además presentaron una prevalencia del 81,1% de dislipidemia, del 62,8% de hipertensión arterial y más del 80% de exceso de peso (IMC > 25). El 15,9% presentaba eventos cardiovasculares previos (ECV) y el 22,3% enfermedad renal crónica (ERC) (Tabla 1). El FIB-4 resultó bajo en el 81,2%, indeterminado en el 15,9% y elevado en el 2,9 % de los pacientes (Figura 1). Al comparar los grupos según FIB-4, aquellos con FIB-4 indeterminado-elevado eran mayores (65,7 vs. 61,7 años; p 0,002), presentaron menor HbA_{1c} (6,74 vs. 7,09%; p 0,033) y menor glucemia (130,9 vs. 141,4 mg/dL; p 0,028) que aquellos con FIB-4 bajo (Tabla 2). No se observaron diferencias significativas en IMC, presión arterial, perfil lipídico, función renal ni duración de DM. En cuanto al perfil cardiovascular, los pacientes con FIB-4 indeterminado-elevado presentaron mayor prevalencia de ECV (26,4% vs. 13,5%; p 0,004). En relación a dicho antecedente, tuvieron mayor proporción de SPECT anormales y mayor uso de anticoagulantes o aspirina que el grupo de FIB-4 bajo. No se observaron diferencias significativas en disfunción diastólica, hipertrofia ventricular izquierda, FEVI, ni ERC (Tabla 2).

Conclusiones: En esta cohorte 1 de cada 5 pacientes con DM presentó riesgo indeterminado o elevado de fibrosis hepática estimado por FIB-4. Su asociación con mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular previa refuerza la importancia del screening de fibrosis hepática en la evaluación cardiometabólica global, especialmente en pacientes de muy alto riesgo cardiovascular, para favorecer un abordaje integral y derivación oportuna.

0064 - PREVALENCIA DE ATEROMATOSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON DIABETES Y SU RELACIÓN CON LA INFLAMACIÓN

Cardiometabolismo

SALOMON, Jimena Rocío | FERRARA, María Victoria | RODRÍGUEZ, María Del Rosario | CHICOTE, Fiorella Sofia | SELVAGGIO, Lucía | FALCO, Vittorio | YAPUR, Juan Pablo | SANABRIA, Hugo Daniel

ICBA - Instituto Cardiovascular

Introducción: La diabetes mellitus (DM) induce un estado proinflamatorio crónico de bajo grado que activa el sistema inmunológico, elevando diversos biomarcadores, entre ellos la PCR-us. La hiperglucemia y la dislipidemia potencian este

entorno inflamatorio y favorecen la aterogénesis silente. Dado que las herramientas tradicionales de estratificación suelen subestimar el riesgo cardiovascular en estos pacientes, la ateromatosis subclínica emerge como un marcador subrogante para la predicción de eventos futuros. En este contexto, resulta relevante investigar la relación entre la carga inflamatoria y la presencia de placas de ateroma antes de la manifestación de complicaciones clínicas. Objetivos: Evaluar la asociación entre ateromatosis subclínica carotídea e inflamación sistémica en pacientes con diabetes sin eventos cardiovasculares (ECV) previos.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional mediante la extracción de datos a partir de historias clínicas electrónicas (HCE) de pacientes con diagnóstico de diabetes que concurrieron a una evaluación ambulatoria en un centro monovalente cardiovascular de Buenos Aires, desde Noviembre del 2023 a octubre del 2025. Se recabaron datos sobre factores de riesgo cardiovasculares, antecedentes clínicos, medicación actual y datos de examen físico. Además se realizaron un ecocardiograma Doppler transtorácico, eco Doppler carotídeo, y laboratorio completo. Se definió inflamación sistémica a la elevación de PCRus ≥ 2 mg/L.

Resultados: Se incluyeron 381 pacientes con DM (80,3% DM2) sin ECV previos (edad media $61,08 \pm 11,46$ años; 55,9% hombres) de los cuales el 41,46% presentó inflamación sistémica. Al comparar los grupos, los pacientes con PCR-us elevada evidenciaron niveles significativamente mayores de HbA1c ($7,32 \pm 1,62$ vs. $6,87 \pm 1,13$; $p=0,002$), colesterol total ($171,23 \pm 50,82$ vs. $159,10 \pm 38,08$ mg/dL; $p=0,008$) y triglicéridos ($160,10 \pm 98,98$ vs. $128,26 \pm 73,53$ mg/dL; $p=0,001$). Asimismo, la inflamación se asoció con una mayor carga de partículas aterogénicas reflejada en niveles superiores de Apolipoproteína B ($83,49 \pm 27,64$ vs. $75,45 \pm 20,86$ mg/dL; $p=0,001$), y con una mayor prevalencia de obesidad (51,9% vs. 33,2%; $p=0,001$) e insuficiencia renal crónica (15,2% vs. 7,6%; $p=0,029$) (Tabla 1). La prevalencia de ateromatosis carotídea fue similar entre ambos grupos 72,4% vs 71,8%; $p=0,760$) (Figura 1). Tampoco se observaron diferencias significativas entre los grupos en la prevalencia de hipertrofia ventricular izquierda, disfunción diastólica ni isquemia silente.

Conclusiones: En pacientes con DM sin eventos cardiovasculares previos, la inflamación sistémica definida por PCR-us fue altamente prevalente y se asoció con peor control metabólico e insuficiencia renal crónica, sin diferencias en ateromatosis carotídea subclínica.

0065 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL REACTIVA AL EJERCICIO EN MUJERES: ASOCIACIÓN CON CAPACIDAD FUNCIONAL Y CARGA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOMETABÓLICO

Epidemiología y Prevención / Cardiometabolismo

CABALLERO, Diana | BASCONCEL, Mauro | PALACIOS, Karina | MAMANI, Silvia Beatriz | FIORILO URCULLO, Rildo | TOMASELLA, Marcos Pedro | ACUÑA, Luciano Raúl | MARTINEZ, Sofía Magali

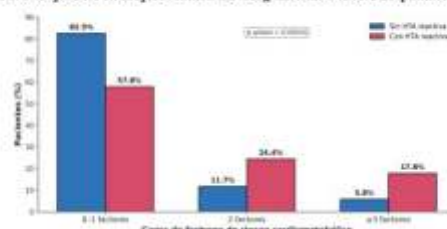
Hospital General de Agudos Dr Teodoro Alvarez

Objetivos: Evaluar la asociación entre hipertensión arterial reactiva al ejercicio, capacidad funcional y carga de riesgo cardiometabólico en mujeres sometidas a ergometría.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo realizado en un hospital público sobre una cohorte consecutiva de mujeres que realizaron ergometría entre 2021 y 2025. Se definió hipertensión arterial reactiva al ejercicio como presión arterial sistólica pico ≥ 190 mmHg. Se analizaron variables clínicas y funcionales, incluyendo edad, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus, dislipidemia, obesidad ($IMC \geq 30$ kg/m²) y capacidad funcional expresada en METs. Se construyó una variable de carga cardiometabólica acumulativa considerando HTA, diabetes, dislipidemia y obesidad, categorizada en 0-1, 2 y ≥ 3 factores. Se compararon las características entre pacientes con y sin hipertensión arterial reactiva mediante pruebas de chi cuadrado y t de Student. Se realizó regresión logística binaria para identificar variables asociadas independientemente con hipertensión arterial reactiva.

Resultados: Se incluyeron 644 mujeres, de las cuales 45 (7.0%) presentaron hipertensión arterial reactiva al ejercicio. Las pacientes con hipertensión arterial reactiva fueron de mayor edad (59.5 vs 49.6 años; $p<0.001$) y presentaron menor capacidad funcional (5.17 vs 7.05 METs; $p=0.005$). Asimismo, mostraron mayor prevalencia de obesidad (53.3% vs 27.7%; $p<0.001$), HTA (53.3% vs 23.7%; $p<0.001$) y diabetes mellitus (24.4% vs 5.7%; $p=0.003$). En relación con

Gráfico 1
Distribución de la carga de factores de riesgo cardiometabólico según presencia de hipertensión arterial reactiva al ejercicio en mujeres sometidas a ergometría. Cohorte hospitalaria 2021-2025.



la carga cardiometabólica, la presencia de =3 factores de riesgo fue más frecuente en mujeres con hipertensión arterial reactiva (17.8% vs 5.8%; $p=0.00016$). En el análisis multivariado, la edad (OR 1.06; IC95% 1.03–1.10; $p<0.001$) y la obesidad (OR 2.21; IC95% 1.05–4.65; $p=0.037$) se asociaron de manera independiente con hipertensión arterial reactiva.

Conclusiones: En mujeres sometidas a ergometría en un hospital público, la hipertensión arterial reactiva al ejercicio se asoció con menor capacidad funcional y mayor carga de factores de riesgo cardiometabólico. Estos hallazgos sugieren que la respuesta hipertenso al ejercicio podría identificar un fenotipo femenino de mayor vulnerabilidad cardiometabólica y contribuir a la identificación precoz de pacientes con mayor riesgo cardiovascular más allá de la presencia o ausencia de isquemia.

0068 - EVOLUCIÓN CARDIORRENAL Y METABÓLICA DURANTE LA INTERNACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

Cardiometabolismo

MARTINEZ, Sofía Magali | REYES SILVA, Vanessa Guadalupe Del Valle | BASCONCEL, Mauro | PALACIOS, Karina | TOMASELLA, Marcos Pedro | FARÍAS MACÍAS, Eli Miguel | CABALLERO, Diana | FERNÁNDEZ CALVIMONTES, Jose Luis

Hospital General de Agudos Dr Teodoro Alvarez

Objetivos: Evaluar el perfil cardiometabólico y los cambios intrahospitalarios de glucemia y función renal en pacientes internados por insuficiencia cardíaca aguda.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, que incluyó pacientes internados por insuficiencia cardíaca aguda entre enero de 2024 y marzo de 2026. Se analizaron glucemia y creatinina sérica al ingreso y al egreso hospitalario. Se definió empeoramiento renal como un aumento de creatinina $\geq 0,3$ mg/dl durante la internación. Se evaluó la evolución intrahospitalaria de parámetros metabólicos y cardiorrenales.

Resultados: Se incluyeron 204 pacientes. La mediana de edad fue de 70 años y la mediana de internación fue de 2 días (RIC 0–4). En relación con el perfil glucémico, el 72% de los pacientes presentó mejoría durante la internación, mientras que el 18% evidenció empeoramiento y el 9% permaneció sin cambios. Respecto a la función renal, la mayoría de los pacientes presentó empeoramiento de parámetros renales durante la internación, mientras que un menor porcentaje permaneció sin cambios.

Conclusiones: En pacientes internados por insuficiencia cardíaca aguda se observó una elevada frecuencia de alteraciones cardiorrenales y metabólicas durante la internación, caracterizadas por mejoría del perfil glucémico y empeoramiento de parámetros de función renal. Estos hallazgos reflejan la complejidad del manejo cardiorrenal durante la fase de descongestión y resaltan la necesidad de estrategias terapéuticas orientadas a optimizar el equilibrio hemodinámico y la preservación de la función renal.

0069 - “MECÁNICA VASCULAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO MEDIADO POR TOXINA SHIGA: ESTUDIO PILOTO”

Hipertensión Arterial

ITURZAETA, Adriana | FERRARIS, Maximiliano | BALESTRACCI, Alejandro

Hospital General De Niños Pedro De Elizalde

Objetivos: Evaluar la presencia de EVA mediante el estudio de la mecánica vascular (MV) en niños que presentaron SUH-Stx.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo y transversal. Se evaluaron consecutivamente los datos de pacientes asistidos entre 06/2025 y 01/2026. Se excluyeron los menores de 4 años, los que presentaban cardiopatías y aquellos con SUH atípico o secundario. La MV se clasificó como normal o patológica ante la alteración, según valores de referencia ajustados al compromiso renal, de al menos uno de los siguientes parámetros: presión arterial sistólica aórtica central (PASoC), índice de aumentación corregido a 75 lpm (AIx 75%) y velocidad de onda de pulso (VOP). Las variables cuantitativas se presentan como mediana (intervalo intercuartílico, ICC) dado que carecieron de distribución normal (test de Shapiro-Wilk) y las categóricas como frecuencia de presentación. Los pacientes con y sin MV alterada se compararon

con el test de Wilcoxon o de Fisher, según correspondiera. Las variables con p-valor <0,25 y relevancia clínica ingresaron al análisis multivariado (OR e IC95%). Se evaluó colinealidad y bondad del modelo (test de Hosmer-Lemeshow). Nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes (edad mediana 10 años, 15 sexo masculino, 7 obesos) seguidos en promedio 7 años. Cinco presentaron HTA por presión arterial de consultorio (PAC) y/o monitoreo ambulatorio de 24 horas (MAPA): 3 oculta, 1 guardapolvo blanco y 1 sostenida. La MV fue patológica en 12 pacientes (5 Alx75%, 3

Alx75% + VOP, 2 PAoC + VOP, 1 PAoC + Alx75% + VOP, 1 PAoC + Alx75%). De ellos, 10 eran normotensos y 6 obesos. Los pacientes con MV normal y patológica fueron similares en edad de la etapa aguda, sexo, días de anuria y diálisis, filtrado glomerular mínimo y presencia de HTA. También fueron comparables en edad, tiempo de seguimiento, HTA y uso de drogas nefroprotectoras al momento del estudio. Contrariamente, los pacientes con MV patológica presentaron mayor IMC (20,83 vs. 17,8; $p = 0,03$). En el análisis multivariado IMC (OR 1,33; IC 95% 1,0-1,78), tiempo de seguimiento (OR 0,84; IC95% 0,58-1,22) y días de anuria (OR 1,1; IC 0,92-1,31) no resultaron predictores independientes de MV patológica (tabla1).

Conclusiones: La alteración de la MV es frecuente en niños con antecedente de SUH-Stx, incluso en pacientes normotensos, lo que sugiere que el estudio de la MV debería incorporarse en el seguimiento de estos pacientes. Estudios con mayor tamaño muestral son necesarios para confirmar estas observaciones.

Tabla1: Características de la población con SUH-STEAC según la evaluación de la mecánica vascular. Análisis univariado y multivariado.

	Análisis univariado			Análisis multivariado	
Variable	Mecánica vascular normal N=13	Mecánica vascular patológica N=12	p-valor	OR (IC 95%)	P-valor
Etapas agudas STEC-SUH					
Edad (años)	2,0 (1,09-3,85)	2,00 (1,08-4,07)	0,95	NA	NA
Sexo (M/F)	8/5	7/5	1,00	NA	NA
Anuria (días)	4,00 (0,00-8,50)	8,00 (0,00-13,00)	0,31	1,10 (0,92-1,31)	0,28
Creatinina máxima (mg/dl)	3,60 (1,9-5,7)	4,52 (3,55-7,70)	0,72	NA	NA
Filtrado glomerular mínimo (ml/min/1,73m ²)	18,20 (8,40-35,15)	10,25 (6,17-28,25)	0,35	NA	NA
Dialisis peritoneal (días)	4,00 (0,0-8,00)	8,00 (0,00-13,00)	0,41	NA	NA
Hipertensión arterial (sí/no)	1/12	3/9	0,32	NA	NA
Último control					
Edad (años)	8,66 (6,7-12,12)	11,42 (9,12-13,0)	0,19	NA	NA
Tiempo de seguimiento (años)	7,00 (2,50-8,50)	9,00 (5,50-11,00)	0,19	0,84 (0,58-1,22)	0,37
Índice de Masa Corporal (kg/m ²)	17,80 (16,12-20,10)	20,83 (18,25-25,90)	0,03	1,33 (1,00-1,78)	0,051
Nefroprotección (sí/no)	6/7	7/5	0,69	NA	NA
Hipertensión arterial (sí/no)	3/10	2/10	1,00	NA	NA

Variables continuas expresadas como mediana (intervalo intercuartílico, IC) y categóricas como frecuencia (%).
(OR odd ratio, IC 95% intervalo confianza 95%, NA no aplica, M/F masculino/femenino)
Análisis multivariado: Hosmer-Lemeshow $p = 52$; Capacidad predictiva 70%.

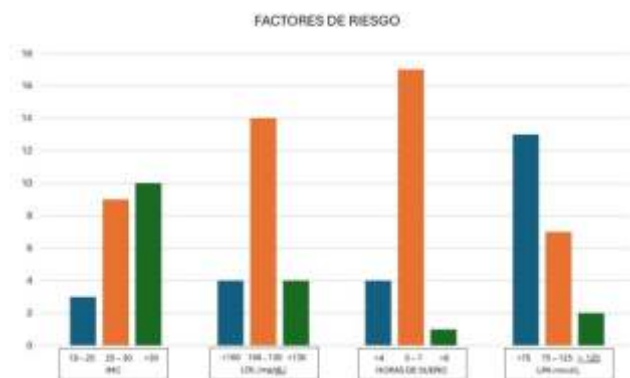
0070 - RIESGO OCULTO TRAS EL GUARDAPOLVO: INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO E INDICADORES CARDIOMETABÓLICOS EN PROFESIONALES SANITARIOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Cardiometabolismo / Epidemiología y Prevención

REYES SILVA, Vanessa Guadalupe Del Valle | MARTINEZ, Sofia Magali | FERNÁNDEZ CALVIMONTES, José Luis | SORUCO, Eduardo | MONTAÑO, Claudia Valeria | FLORIO, José Francisco | BASCONCEL, Mauro | PALACIOS, Karina

Hospital General de Agudos Dr Teodoro Alvarez

Objetivos: Determinar el perfil epidemiológico cardiometabólico del personal sanitario del servicio de Cardiología del Hospital Dr. Teodoro Álvarez.



Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal sobre una muestra de 22 profesionales médicos (personal de planta permanente y residentes) del servicio de Cardiología del Hospital Teodoro Álvarez. Los datos fueron recolectados mediante cuestionarios, examen físico, pruebas de laboratorio e imágenes. Se evaluaron variables antropométricas como peso, talla e Índice de masa corporal (IMC) parámetros bioquímicos (glucemia, perfil lipídico) y factores de riesgo asociados como horas de sueño y régimen de guardias. El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva y Test de correlación de Pearson.

Resultados: Se reclutaron 22 profesionales médicos de los cuales 63.3% corresponden al sexo masculino con una edad promedio de 42 años. El 72,7% de la muestra cumple régimen de guardia. El factor de riesgo más predominante fue el

sobrepeso (IMC > 25) con una prevalencia de 81.8%. En segundo lugar la dislipidemia con una prevalencia de 40.9% tomando en cuenta un valor de LDL > 100mg/dL. Existe una correlación ($r=0.32$) entre el perímetro abdominal y los valores de LDL, siendo esta positiva pero débil, sobretodo en el subgrupo de médicos que realizan guardias. La lipoproteína A elevada estuvo presente en un 13.6% de la muestra. Además, se pudo observar en un 9% ateromatosis difusa demostrada por Ecografía Doppler carotídea, iliaca y femoral independiente de los valores de LDL.

Conclusiones: En esta cohorte de profesionales de salud se observa una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, particularmente sobrepeso y dislipidemia, lo que sugiere que a pesar de su rol en la promoción y cuidado de la salud, estos individuos presentan una subóptima adherencia a los hábitos saludables. Se confirma que los profesionales médicos están expuestos tanto a factores de riesgo cardiometabólico convencionales como a condicionantes propios del ejercicio profesional que los categorizan como una población de riesgo específica. La asimetría de información y el conocimiento técnico avanzado no actúan como factores protectores; por el contrario, se observa una disonancia entre el saber académico y las conductas de autocuidado. Los hallazgos sugieren que el dominio teórico de las guías clínicas no garantiza la adopción de hábitos saludables, evidenciando la necesidad de políticas de salud ocupacional que aborden el estrés y las dinámicas laborales más allá de la mera educación sanitaria.

0072 - ADHERENCIA A LAS GUÍAS ADA 2026 EN EL MANEJO DE LA DIABETES TIPO 2: EVALUACIÓN EN DOS CIUDADES DEL NORTE ARGENTINO

Cardiometabolismo

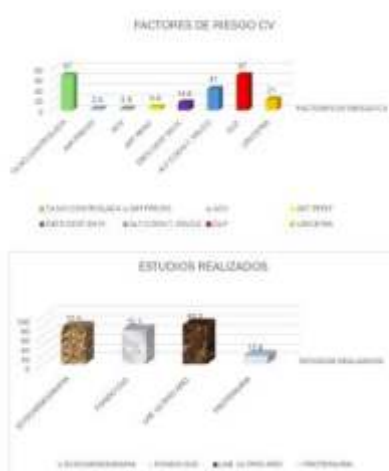
ROMANO, José¹ | MARAÑÓN, Rodrigo Oscar² | FLORES, Roberto Antonio³ | CHAMORRO, Matías Sebastian⁴ | DUARTE, Raúl Andrés⁵ | DELLAMEA, Florencia⁴ | GOMEZ VIERA, Juan Ignacio⁴

Clinica Vrsalovic. Hospital Central De Formosa¹; Dpto. Ciencias Biológicas, Facultad De Medicina-UNT-CONICET²; Hospital Dr G. Sayago³; Hospital Central de Formosa⁴; Cardio⁵

Objetivos: Evaluar pacientes diabéticos en dos ciudades del norte argentino para analizar la brecha entre las recomendaciones actuales y su realidad asistencial.

Materiales y Métodos: estudio observacional en pacientes con diabetes tipo 2 que consultaron en dos hospitales y un centro privado de la ciudad de Formosa durante un período de tres meses en 2026. Se aplicó una encuesta breve mediante Google Forms, que incluyó factores de riesgo cardiovascular, daño en órganos blanco y características del tratamiento. Se registraron presión arterial, medidas antropométricas, valores de laboratorio y estudios complementarios según interrogatorio. Los datos fueron analizados con los programas Excel y Statistix.

Resultados: Se evaluaron 52 pacientes: 37,7% de Formosa y 62,3% de Santiago del Estero. El 51,9% eran hombres, con una edad media de 63 años y un índice de masa corporal promedio de 30,6 kg/m². En cuanto al tratamiento, el 13% recibía insulina, el 82,4% metformina, el 11,8% inhibidores de SGLT2, el 4,5% inhibidores de DPP-4 y ningún paciente estaba bajo terapia con agonistas de GLP-1. Solo el 32% realizaba actividad física regular y el 56,9% cumplía con las recomendaciones dietéticas.



ESTUDIO	MEDIA ENCONTRADA Y PORCENTAJE NORMALIDAD
HB GLY	5.3
UREA	NORMAL 90%
CREAT	NORMAL 95%
COL TOTAL(200)	NORMAL 48%
LDL(70 N)	26% NORMAL
TGO(150)	48% NORMAL
LPA ALT (50-ALTO RIESGO)	16.9

Conclusiones: Los hallazgos muestran una baja adherencia a las guías ADA 2026 y una insuficiente implementación de estudios complementarios en pacientes con alto riesgo cardiovascular. Esta brecha entre la teoría y la práctica clínica refleja la necesidad de diseñar estrategias de intervención institucionales que fortalezcan el control metabólico y reduzcan la morbilidad en la región.

Trabajos Científicos a Premio ▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶

▶ **0011 - VALOR PRONÓSTICO CARDIOVASCULAR A 12 AÑOS DE LA HIPOTENSIÓN POSTPRANDIAL DETECTADA POR MONITOREO DOMICILIARIO EN HIPERTENSOS**

Hipertensión Arterial

BAROCHINER, Jessica | APARICIO, Lucas Sebastián | ALFIE, José

Hospital Italiano de Buenos Aires

Antecedentes: La hipotensión postprandial (HPP) es una condición frecuente y subdiagnosticada, caracterizada por una caída significativa de la presión arterial sistólica luego de las comidas. Nuestro grupo demostró la utilidad del monitoreo domiciliario de presión arterial (MDPA) para detectar HPP aunque su valor pronóstico aún no ha sido establecido.

Objetivos: Evaluar la asociación entre la HPP detectada mediante MDPA y la ocurrencia de mortalidad total y eventos cardiovasculares a largo plazo en pacientes hipertensos.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte que incluyó 230 pacientes hipertensos adultos evaluados mediante MDPA para determinar el control de su presión arterial. La HPP se definió como una disminución ≥ 20 mmHg de la presión sistólica domiciliar una hora después del almuerzo respecto a una hora previa. El protocolo además incluyó las mediciones matutinas y vespertinas recomendadas por las guías nacionales e internacionales. Las mismas se realizaron durante cuatro días consecutivos con dispositivo validado (Omron 705 CP). Se evaluaron como desenlaces la mortalidad por cualquier causa, la mortalidad cardiovascular y un outcome combinado de eventos cardiovasculares fatales y no fatales (incluyendo infarto de miocardio, angina inestable, revascularización coronaria, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, accidente cerebrovascular y accidente isquémico transitorio). Mediante modelos de riesgos proporcionales de Cox ajustados por potenciales confundidores como sexo, edad, presión de consultorio, diabetes y tabaquismo, se estimaron los hazard ratio ajustados con sus IC95% para determinar la contribución independiente de la HPP a la ocurrencia de los eventos, considerando un p valor a dos colas $< 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: La mediana de edad fue 73,6 años y el 34,8% eran varones. El 91,3% recibían medicación antihipertensiva, con una media de 2 ($\pm 1,1$) drogas por paciente. El promedio de PA en consultorio y domicilio fue 139 ($\pm 16,2$)/78,2 ($\pm 9,9$) y 136,1 ($\pm 16,6$)/74,6 ($\pm 9,6$) mmHg, respectivamente. La prevalencia de HPP fue 27,4%. Durante una mediana de seguimiento de 11,9 años se registraron 59 muertes (15 cardiovasculares) y 76 eventos cardiovasculares. La HPP se asoció tanto en el análisis bivariado como de manera independiente, en el análisis multivariable, con mayor mortalidad total y con el outcome compuesto de eventos cardiovasculares fatales y no fatales (Tabla), mientras que la asociación no alcanzó significación estadística para mortalidad cardiovascular.

Razones de riesgo ajustadas para mortalidad total y eventos cardiovasculares

Variable independiente	Mortalidad total HR (IC95%)	p	Eventos CV fatales y no fatales HR (IC95%)	p
Hipotensión postprandial*	1,43 (1,03-1,99)	0,03	1,57 (1,17-2,11)	0,003
Sexo masculino	0,89 (0,49-1,61)	ns	0,67 (0,39-1,15)	ns
Edad	5,89 (1,82-19,05)	0,003	2,22 (1,13-4,40)	0,02
Tabaquismo actual	1,01 (0,70-1,52)	ns	0,97 (0,69-1,37)	ns
Diabetes	2,41 (1,21-5,63)	0,02	1,10 (0,44-2,77)	ns
PAS de consultorio	1,01 (0,99-1,02)	ns	1,01 (0,99-1,02)	ns

*Por cada episodio de hipotensión postprandial; IC: intervalo de confianza; HR: hazard ratio; ns: no significativo; PAS: presión arterial sistólica.

Conclusiones: La HPP detectada mediante MDPA se asocia de manera independiente con mayor mortalidad total y mayor riesgo de eventos cardiovasculares a largo plazo en pacientes hipertensos. Estos hallazgos respaldan la incorporación de mediciones postprandiales dentro de los protocolos de MDPA para mejorar la estratificación de riesgo y la atención clínica de esta población, más allá del control de la hipertensión.

▶ **0020 - ESTIMAR NO ES MEDIR: LIMITACIONES EN LA VOP CALCULADA POR FÓRMULA FRENTE A LA MEDICIÓN TONOMÉTRICA EN MUJERES DE BAJO RIESGO CARDIOVASCULAR**

Epidemiología y Prevención / Hipertensión Arterial

GHELFI, Albertina¹ | GIULI, María Celeste² | DIAZ, Alberto Alejandro³ | STAFFIERI, Gustavo José⁴ | RENNA, Nicolás Federico⁵ | PIZZALA, Pablo Gregorio⁶ | MIRANDA, Gonzalo⁷ | DEL SUELDO, Mildren⁷

Hospital Eva Perón. CAE Cs. Humanas y de la Salud, Universidad Abierta Interamericana¹; Clínica Pergamino²; Instituto De Investigación En Ciencias De La Salud Unicen-conicet Tandil³; Sanatorio Parque Grupo Oroño. CAE Cs. Humanas y de la Salud, Universidad Abierta Interamericana⁴; Hospital Español De Mendoza⁵; Mevex Salud⁶; Certus⁷

Antecedentes: La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte en mujeres. Los scores tradicionales de riesgo cardiovascular (RCV) tienden a subestimar el riesgo en mujeres jóvenes, especialmente en ausencia de factores tradicionales como la hipertensión arterial. La detección precoz de rigidez arterial, como expresión temprana del compromiso vascular subclínico, permite una reclasificación oportuna del RCV más allá de dichos scores. El patrón oro para su evaluación es la velocidad de onda de pulso carotídeo-femoral (VOP-cf) medida mediante tonometría, sin embargo, se han propuesto fórmulas para estimarla sin medición directa. La validez de esas estimaciones no ha sido suficientemente explorada. La evaluación de la correspondencia entre VOP-cf medida (VOP-cf/m) y estimada por fórmula (VOP-cf/e) en poblaciones de bajo riesgo permitiría analizar su desempeño en rango fisiológico, previo a su estudio en poblaciones con mayor RCV.

Objetivos: Analizar la correlación y grado de concordancia entre VOP-cf/m y VOP-cf/e en mujeres de bajo RCV.

Tabla 1. Correlación entre VOP-cf/m y VOP-cf/e por rango etario			
	VOP-cf/medida	VOP-cf/estimada	r
Muestra global (n=342)	6,02 ± 0,83 m/s	6,68 ± 0,79 m/s	+0,321
18-19 años (n=28)	5,11 ± 0,60 m/s	6,45 ± 0,23 m/s	-0,270
20-29 años (n=78)	5,70 ± 0,65 m/s	6,21 ± 0,34 m/s	+0,270
30-39 años (n=102)	5,86 ± 0,86 m/s	6,25 ± 0,44 m/s	+0,022
40-49 años (n=88)	6,26 ± 0,72 m/s	6,86 ± 0,55 m/s	+0,092
50-59 años (n=46)	6,82 ± 0,79 m/s	8,16 ± 0,60 m/s	-0,191

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico de corte transversal, basado en el análisis de fuentes secundarias, realizado en cuatro provincias de Argentina entre 2022-2026. Se incluyeron mujeres entre 18-59 años, con RCV a 10 años <5% según la calculadora de la OMS. Se excluyeron: antecedente de evento cardiovascular; daño de órgano blanco; factores de RCV tradicionales, únicos o emergentes; RCV ≥5%; tratamiento con antihipertensivos, estatinas o aspirina por cualquier causa. Procedimientos: la presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) se obtuvo con Omron M3; la presión arterial media (PAM) se calculó como PAD + 1/3 (PAS-PAD); la VOP-cf/m tonométrica se midió con dispositivo Aortic; la VOP-cf/e se calculó con la fórmula: $(9.587 - 0.402 \times \text{edad} + 4.560 \times 10^{-3} \times \text{edad}^2 - 2.621 \times 10^{-5} \times \text{edad}^3 \times \text{PAM} + 3.176 \times 10^{-3} \times \text{edad} \times \text{PAM} - 1.832 \times 10^{-2} \times \text{PAM})$. El análisis se realizó con SPSS para Windows v.28.

Resultados: Se incluyeron 342 mujeres de bajo RCV: edad media 36,1 ± 11,3 años; PAS 115,0 ± 10,1 mmHg; PAD 71,5 ± 7,5 mmHg; PAM 86,0 ± 7,4 mmHg. La diferencia entre VOP-cf/m y VOP-cf/e de la muestra global fue VOP-cf/m 6,02 ± 0,83 m/s vs. VOP-cf/e 6,68 ± 0,79 m/s ($p < 0,001$; $r = +0,357$). El análisis estratificado por rango etario se detalla en la Tabla 1. El análisis de Bland-Altman mostró un sesgo medio de -0,66 (DE 0,92) m/s. Los límites de concordancia del 95% se situaron entre -2,47 m/s y +1,15.

0035 - MARCADORES TEMPRANOS DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN NIÑOS NORMOTENSOS: ROL DE LA VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Hipertensión Arterial

VACCARI, Marina¹ | ROMERO, Cesar A² | ROMO, Miriam¹ | MALDONADO, Laura¹

Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez¹; Hospital Privado Universitario de Córdoba²

Antecedentes: El síndrome cardiovascular reno-metabólico (CKM) es un continuo que inicia con exceso de adiposidad y culmina con enfermedad cardiovascular (CVS). Sin embargo, los fenómenos fisiopatológicos que participan en la transición de distintos estadios no están del todo aclarados. La variabilidad de la presión arterial (VPA), especialmente la VPA diastólica (VPAD), es un potencial factor de riesgo cardiovascular independiente del valor promedio de presión. La VPAD podría ser un elemento clave en los estadios iniciales del CKM y asociar con daño arterial o cardíaco.

Objetivos: Evaluar si la VPAD se asocia con remodelado ventricular o endurecimiento arterial en niños normotensos con exceso de adiposidad.

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal en niños menores de 18 años, con exceso de adiposidad y presión arterial normal. Se definió exceso de adiposidad como Z-score >1 del índice de masa corporal (IMC). Se realizaron mediciones de PA, monitoreo ambulatorio (MAPA), evaluación vascular oscilométrica y ecocardiografía Doppler. Hipertensión arterial se definió como la presión ambulatoria sistólica o diastólica mayor o igual al percentil PC95 según tablas

internacionales. Rigidez arterial se definió como velocidad de onda de pulso (VOP) > PC95 y remodelado cardiaco se definió como aumento del septum interventricular o pared posterior > PC 90. La VPAD se calculó mediante el coeficiente de variabilidad de la presión arterial diastólica diurna y se categorizó en terciles. Se emplearon modelos de regresión lineal múltiple ajustados por edad, sexo, IMC y PA diastólica para analizar la asociación con el espesor del septum interventricular (SIV)

Resultados: La edad media fue de 12.77 ± 2.43 años (58% varones). El promedio de PA de 24 hs fue sistólica 114.9 mmHg y diastólica 65.2 mmHg. Se detectó aumento de la velocidad de onda de pulso en el 26% e hipertrofia ventricular izquierda en el 8%. Tras categorizar a los pacientes en terciles según su VPAD, el análisis evidenció una tendencia incremental en los valores de VOP hacia los niveles superiores de variabilidad pero sin significación estadística. Se observó una asociación positiva y significativa entre la VPAD y el espesor del SIV. Al comparar los terciles de VPAD, los individuos con la mayor VPAD mostraron engrosamiento del SIV ($p < 0.05$). En el análisis multivariado, ajustado por edad, sexo, IMC y PA diastólica diurna, la VPAD se asoció independientemente con el SIV ($R^2 = 0.41$; $p < 0.05$). Los pacientes en el tercio superior de VPAD no mostraron diferencias metabólicas significativas (lípidos, insulina, glucemia todas $p > 0.05$), solo el IMC fue mayor en este subgrupo de pacientes.

Conclusiones: En niños obesos normotensos, una mayor VPAD se asocia de forma independiente con un mayor espesor del SIV. Estos hallazgos sugieren que la VPAD podría ser un elemento temprano de progresión de enfermedad

0046 - INTERACCIÓN ENTRE CARGA VASCULAR Y FRAGILIDAD: PREDICTORES DE PRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS EN EL ADULTO MAYOR

Cardiometabolismo

SCHYGIEL, Pablo Omar | SUÁREZ, Guillermo Alberto | PALACIO, María Soledad | ACHILLI, Federico José | FLOR, Laura

Consejo Cardiogeriatría SAC

Antecedentes: En pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV) establecida, el uso de estatinas es un pilar fundamental de la prevención secundaria. Sin embargo, en la práctica clínica, la prescripción puede verse influenciada por factores como la edad, sexo, carga de eventos cardiovasculares o la fragilidad del paciente.

Objetivos: Identificar si la edad, el sexo, la carga de eventos cardiovasculares o la fragilidad funcional se asocian de manera independiente al uso de estatinas en una cohorte de pacientes con antecedentes de ECV.

Materiales y Métodos: En una cohorte de 732 pacientes adultos mayores atendidos en consultorios de cardiología, se realizó un análisis de 216 pacientes con ECV previa definida por el antecedente de síndrome coronario agudo, accidente cerebrovascular/accidente isquémico transitorio ACV/AIT, cirugía de revascularización coronaria CRM, angioplastia coronaria ATC, enfermedad vascular periférica EVP. Se aplicó un modelo de regresión logística para ajustar las variables de edad, sexo, presencia de dos o más eventos cardiovasculares y fragilidad funcional definida por escala de FRAIL, buscando identificar asociaciones independientes con el uso de estatinas.

Resultados: De la población de 216 pacientes en prevención secundaria presentaban IAM 108 pacientes, ACV/AIT 64 pacientes, CRM 28 pacientes, ATC 72 pacientes, EVP 18 pacientes, de estos 130 pacientes 60% presentaban dos o más eventos cardiovasculares. La edad promedio de la población con ECV previa fue de 76.5 años. Un total de 114 pacientes femeninos de las cuales 72.5% usan estatinas y 102 masculinos, 78.9% bajo tratamiento con estatinas. Un total de 55 pacientes frágiles escala FRAIL más de 3 puntos de los cuales 61.8% usan estatinas y 161 pacientes no frágiles el 80.1% con estatinas. La presencia de 2 o más ECV está asociada en forma independiente a la indicación de estatinas en forma muy fuerte OR 3.42. La fragilidad funcional actúa como un factor inversamente asociado al uso de estatinas. Un paciente frágil presenta un 54% menos de probabilidades de recibir estatinas en comparación con un paciente no frágil (OR 0.46). La edad y sexo no mostraron asociaciones significativas, lo que sugiere que la edad cronológica por sí sola no es el motivo principal de la falta de prescripción. Se observó una interacción significativa entre la fragilidad y la carga vascular (p interacción 0.038). Mientras que en pacientes no frágiles el multievento se asoció fuertemente con el uso de estatinas OR 4.15, en pacientes frágiles dicha asociación perdió fuerza y significancia OR 1.82; $p=0.085$.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes de consultorios cardiológicos ambulatorios, la carga de enfermedad vascular y la fragilidad funcional por FRAIL actúan como los principales determinantes, aunque contrapuestos, de la prescripción de estatinas. El antecedente de dos o más eventos vasculares es el factor que más fuertemente se asocia de forma independiente con el uso de estatinas, este efecto se ve condicionado por la fragilidad del paciente. Se demostró una

interacción significativa donde el impacto de la carga vascular se diluye en los individuos frágiles, resultando en una menor probabilidad de tratamiento con estatinas. Estos hallazgos sugieren que, en la práctica clínica real, la fragilidad opera como un criterio de desprescripción o no uso de estatinas. Resulta importante que la evaluación integral sea incorporada formalmente en las guías de práctica clínica, permitiendo transitar de una medicina basada únicamente en el riesgo vascular hacia una cardiogeriatría de precisión.

0052 - FRAGILIDAD VERSUS CARGA CARDIOVASCULAR ¿QUÉ DEFINE LA PRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS EN EL PACIENTE MAYOR DE 80 AÑOS?

Cardiometabolismo

SCHYGIEL, Pablo Omar | SUÁREZ, Guillermo Alberto | PALACIO, María Soledad | FLOR, Laura | ACHILLI, Federico José

Consejo Cardiogeriatría SAC

Antecedentes: En pacientes mayores de 80 años, la utilidad de las estatinas en prevención secundaria es objeto de debate, en especial cuando coexiste carga vascular múltiple y síndrome de fragilidad.

Objetivos: Evaluar la asociación entre eventos cardiovasculares y uso de estatinas en una cohorte de pacientes octogenarios, analizando el impacto de la fragilidad como potencial modificador de esta relación.

Materiales y Métodos: De una cohorte ambulatoria de 732 pacientes (p.) atendidos en consultorio por cardiólogos, se analizó el subgrupo de pacientes mayores 80 años (185 p.) y de estos 70 p con eventos cardiovasculares (ECV) previos, prevención secundaria. Se definió ECV por el antecedente de síndrome coronario agudo, ACV/AIT, angioplastia coronaria, CRM, enfermedad vascular periférica. La fragilidad se definió por escala FRAIL (valor mayor o igual a 3). Se aplicó un modelo de regresión logística para evaluar la asociación entre edad, sexo, eventos cardiovasculares único o múltiples (más de dos ECV) y estado de fragilidad funcional.

Resultados: La edad media fue de 84.2 años. El 52% presentaba criterios de fragilidad. Pacientes frágiles el 58,6% usaban estatinas, mientras en los no frágiles el 85,4% estaban bajo tratamiento con estatinas. Realizado el análisis multivariado la fragilidad es el predictor más fuerte y estadísticamente significativo (OR 0.29; $p=0.040$). La presencia de fragilidad en un octogenario reduce las probabilidades de recibir estatinas en un 71%. Cuando analizamos la prescripción en pacientes con dos o más eventos existe una tendencia clara a tratar con estatinas (OR 3.13 IC (0.93 – 10.55), no alcanza la significancia estadística plena ($p=0.065$), posiblemente por el escaso número de pacientes 36. El sexo y la edad no fueron estadísticamente significativos.

Conclusiones: En nuestra población de pacientes ambulatorios cardiológicos de 80 años o más en prevención secundaria, la fragilidad es el principal determinante independiente asociado a la no indicación de uso de estatinas. Mientras que la carga vascular múltiple tiende a incrementar la prescripción, es el estado de fragilidad funcional medido por escala FRAIL el que define la conducta terapéutica final, sugiriendo que la valoración integral es superior a la categorización de riesgo vascular convencional en los octogenarios.

0053 - DISOCIACIÓN ENTRE EL DETERIORO FUNCIONAL Y LA INTEGRIDAD ESTRUCTURAL CAROTÍDEA EN ADULTOS SANOS CON NIVELES ELEVADOS DE LIPOPROTEÍNA (A). SUBANÁLISIS DE UNA COHORTE ARGENTINA DEL GRUPO GAELP(A)

Cardiometabolismo / Epidemiología y Prevención

DIAZ, Alejandro¹ | CORRAL, Pablo² | DANIEL, Bia³

CONICET CCT Tandil¹; Universidad FASTA, Mar del Plata²; Departamento De Fisiología, Centro Universitario De Investigación, Innovación y Diagnóstico Arterial³

Antecedentes: La Lp(a) es un factor de riesgo genético cardiovascular que afecta al 30% de la población y genera un riesgo residual difícil de detectar. Mediante ecografía de alta resolución, se puede evaluar el daño vascular subclínico analizando la biomecánica carotídea. Persiste la controversia sobre si la Lp(a) altera las propiedades mecánicas en arterias sanas antes de manifestar daño morfológico; por ello, es clave determinar si induce cambios funcionales precoces de manera independiente.

Objetivos: Comparar morfometría carotídea (EIM y diámetros) según los niveles de Lp(a). Analizar el impacto de la Lp(a) en la mecánica arterial (distensibilidad, compliance y rigidez). Determinar si existe disociación entre el daño estructural macroscópico y la alteración funcional vascular. Evaluar la sensibilidad de la fotopletomografía acelerada (FPA) frente al análisis dinámico local para detectar daño subclínico.

Materiales y Métodos: Se incluyeron sujetos sanos, sin factores de riesgo cardiovascular ni evidencias de daño de órgano blanco vascular. Se registraron variables hemodinámicas, antropométricas y bioquímicas, incluyendo un perfil lipídico normal con determinación de Lp(a). En la misma consulta, de forma ciega respecto a los niveles de Lp(a), se analizó la arteria carótida común (Quipu Carotid Studio), que emplea algoritmos de detección de bordes y procesamiento de señales para identificar automáticamente las interfaces arteriales con resolución subpíxel. Siguiendo el Consenso de Mannheim, el sistema analiza una región de interés de 10 mm y rastrea los cambios de diámetro en múltiples ciclos cardíacos, minimizando la variabilidad del observador. A partir de la curva diámetro-tiempo y la presión arterial, se calcularon parámetros clave de rigidez y elasticidad: el Índice Beta, la Compliance del Área (AC), el Coeficiente de Distensibilidad (DC) y el Módulo de Peterson (Ep). Se utilizó FPA (Max Pulse/Medicore Co., Ltd.) para identificar los componentes a, b, c y d, cuya morfología permite cuantificar el envejecimiento vascular en seis tipos de onda.

Resultados: Se analizó una cohorte de 100 sujetos (41,1 años; 52% mujeres) con Lp(a) promedio de 86,9 nmol/L. Aunque no se hallaron diferencias en la morfometría carotídea (EIM y diámetros) entre grupos con Lp(a) normal y elevada, el grupo con niveles altos mostró un deterioro significativo en la mecánica arterial. Los sujetos con Lp(a) elevada presentaron menor distensibilidad y compliance, junto a una mayor rigidez vascular (VOP 6,02 vs. 4,94 m/s; $p < 0,00001$) y el módulo de Young. La FPA mostró perfiles vasculares mayoritariamente favorables (tipos 1 y 2) sin una asociación estadísticamente significativa con los niveles de Lp(a), sugiriendo que la rigidez detectada mecánicamente precede a los cambios en la morfología del pulso.

Conclusiones: En jóvenes sanos, la Lp(a) elevada no altera la morfometría carotídea (EIM o diámetros), pero sí se vincula significativamente con un deterioro precoz de la mecánica arterial. Esta disfunción se manifiesta en una menor distensibilidad y un marcado aumento de la rigidez (velocidad de la onda de pulso y módulo de Young). Los hallazgos sugieren que la Lp(a) induce una remodelación funcional que precede al daño estructural, lo que destaca la importancia de evaluar la dinámica vascular para la detección temprana. En este estudio, la fotopletomografía acelerada no fue sensible para identificar estas alteraciones incipientes.

0054 - MÁS ALLÁ DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL: SU ASOCIACIÓN CON FRAGILIDAD Y COMPLEJIDAD CLÍNICA EN CARDIOGERIATRÍA

Cardiometabolismo

SCHYGIEL, Pablo Omar | SUÁREZ, Guillermo Alberto | FLOR, Laura | ACHILLI, Federico José | PALACIO, María Soledad | BLANCO, Patricia

Consejo Cardiogeriatría SAC

Antecedentes: En la población general el índice de masa corporal (IMC) se asocia con mayor morbilidad cardiovascular; no obstante, su relación con la complejidad clínica geriátrica (multimorbilidad, polifarmacia y fragilidad) podría estar subestimada en el ámbito de la atención cardiovascular.

Objetivos: Evaluar la asociación entre las categorías de IMC (adaptadas a población de edad avanzada) y la prevalencia de la denominada "tríada geriátrica", así como determinar si la obesidad se asocia de manera independiente con la fragilidad.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal que incluyó 714 pacientes ambulatorios consecutivos de 60 años o más, atendidos en forma ambulatoria en consultorios de cardiología entre mayo y junio de 2025. Los participantes fueron estratificados según el IMC en las siguientes categorías: 17–22,9 kg/m² (bajo peso leve), 23–27,9 kg/m² (normopeso), 28–31,9 kg/m² (sobrepeso) y ≥ 32 kg/m² (obesidad), empleando puntos de corte específicos para adultos mayores. La fragilidad se definió mediante un puntaje FRAIL ≥ 3 ; la polifarmacia como el uso concomitante de cinco o más fármacos; y la multimorbilidad como la presencia de dos o

Variable	Bajo Peso n = 10	Norma. n = 297	Sobrepeso n = 17	Obesidad n = 25	Valor p
Edad	72,5	72,5	74,8	76,4	
Sexo Femenino	40%	43%	61%	68%	0,001
HFA	74%	74%	74%	80%	0,001
DAT	18%	23%	24%	27%	0,185
IC	18%	14%	15%	18%	0,412
Polifarmacia	40%	43%	61%	68%	0,001
Fragilidad	0%	11%	18%	32%	0,001
Polifarmacia	40%	43%	61%	68%	0,001

más diagnósticos. La asociación entre obesidad ($\approx 32 \text{ kg/m}^2$) y fragilidad se evaluó mediante regresión logística multivariable, ajustando por edad, sexo y comorbilidades cardiovasculares relevantes.

Resultados: La distribución de las categorías de IMC fue la siguiente: normopeso 41,5%, sobrepeso 24,5%, obesidad 17,5% y bajo peso 16,5%. La edad media mostró un incremento progresivo desde 70,8 años en el grupo con menor IMC hasta 76,4 años en el grupo con obesidad. La prevalencia de hipertensión arterial alcanzó el 90% en los pacientes con obesidad, en comparación con el 74% observado en los restantes grupos. La inactividad física se registró en el 76% de los pacientes obesos frente al 48% en el grupo de referencia. La prevalencia de fragilidad fue significativamente mayor en el grupo con obesidad (32%) en comparación con el grupo de referencia (11%), asociándose además con una mayor frecuencia de multimorbilidad (55% frente a 33%) y polifarmacia (60% frente a 45%). Tras el ajuste multivariable, la obesidad se mantuvo como un factor independientemente asociado con la fragilidad (OR 2,50; IC del 95%: 1,80–3,40; $p < 0,05$)

Conclusiones: En pacientes ambulatorios cardiológicos de edad avanzada, la obesidad se asocia con una mayor carga de multimorbilidad, polifarmacia y una prevalencia significativamente elevada de fragilidad. Estos hallazgos respaldan la necesidad de trascender la interpretación basada exclusivamente en el IMC y avanzar hacia una evaluación integral que incluya el estado funcional, la carga de comorbilidades, el nivel de actividad física y el estado nutricional, priorizando intervenciones dirigidas a mejorar la actividad física en este fenotipo de alto riesgo.

0056 - EL CLORURO TAMBIÉN ES EL VILLANO EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR SOBRECARGA SALINA EN LA DIETA EN RATAS WISTAR MACHO

Hipertensión Arterial

RUDI, María Julieta¹ | KOUYOUNDZIAN, Nicolás Martín² | RUKAVINA MIKUSIC, Natalia Lucía² | LEE, Hyun Jin¹ | PRADO, Héctor¹ | MORIONDO, Marisa² | PERAZZI, Beatriz¹ | CHOI, Marcelo Roberto²

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Farmacia y Bioquímica.¹; Universidad de Buenos Aires. Facultad de Farmacia y Bioquímica. IATIMET²

Antecedentes: El consumo excesivo de sal (NaCl) conduce a hipertensión arterial (HTA) y daño de órgano blanco. Los canales CIC-K1 y CIC-5 son reguladores esenciales del anión cloruro, pero su papel en los efectos perjudiciales de la sal es desconocido.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar los efectos del consumo excesivo de Cl⁻ sobre la presión arterial y en la respuesta inflamatoria y oxidativa renal.

Materiales y Métodos: Ratas Wistar machos fueron divididas en dos grupos: Control (C, n=5) y NaCl (n=20). A la sexta semana el grupo NaCl, se dividió en cuatro grupos (NaCl-C, NaCl, NaCl-Na y NaCl-Cl) para corroborar que el daño observado a las 6 semanas en el grupo NaCl se atenúa al reemplazar el sodio o el cloruro. Se determinó presión arterial sistólica (PAS) y a nivel renal, histología, función excretora, marcadores de inflamación y fibrosis (NF-kB y TGF- β), producción de especies reactivas del ácido tiobarbitúrico (TBARS), expresión de canales CIC-K1 y CIC-5, y de los receptores AT1 y AT2. Se realizó un análisis de la varianza de dos vías (ANOVA) seguido de test de Tukey. Las diferencias con un valor de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativas (*).

Resultados: Las ratas control se mantuvieron normotensas durante las 12 semanas de tratamiento. En cambio, en el grupo NaCl, la PAS aumentó desde de la primera semana con respecto al grupo C*. A las semanas 9 y 12, se observó que el grupo NaCl alcanza valores de presión arterial significativamente mayores en comparación con el grupo

Evolución temporal de la presión arterial sistólica (mmHg)					
	Control	NaCl	NaCl-C	NaCl-Na	NaCl-Cl
Semana 0	119 $\pm$ 6	115 $\pm$ 6	115 $\pm$ 6	115 $\pm$ 6	115 $\pm$ 6
Semana 1	122 $\pm$ 2	136 $\pm$ 5	136 $\pm$ 5	136 $\pm$ 5	136 $\pm$ 5
Semana 3	126 $\pm$ 1	149 $\pm$ 7 [*]	149 $\pm$ 7 [*]	149 $\pm$ 7 [*]	149 $\pm$ 7 [*]
Semana 6	123 $\pm$ 2	156 $\pm$ 6 [*]	156 $\pm$ 6 [*]	156 $\pm$ 6 ^{*AB}	156 $\pm$ 6 ^{*AB}
Semana 9	120 $\pm$ 7	160 $\pm$ 12 [*]	131 $\pm$ 2 ^{AB}	135 $\pm$ 6 [*]	149 $\pm$ 10
Semana 12	127 $\pm$ 2	169 $\pm$ 10 [*]	139 $\pm$ 6 ^{*AB}	140 $\pm$ 2 ^{AB}	161 $\pm$ 8 ^{*AB}

Tabla 1. * $p < 0,05$ vs Control; ^{*} $p < 0,05$ vs NaCl; ^{AB} $p < 0,05$ vs NaCl-C; ^{AB} $p < 0,05$ vs NaCl-Na; ^{AB} $p < 0,05$ vs t=0; ^{AB} $p < 0,05$ vs t=6.

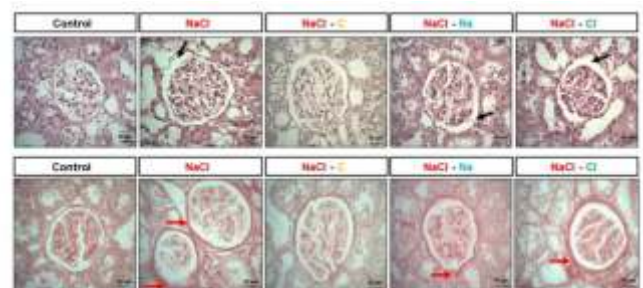


Figura 1: Primera línea (H-E). Las flechas negras indican la dilatación del espacio urinario. **Segunda línea (Sirius Red):** Las flechas rojas indican mayor densidad de fibras de colágeno. Barra de escala: 50 μm . Aumento total: 400X.

NaCl-Cl*. Este último, a su vez, presentó niveles significativamente más altos que los grupos NaCl-Na y NaCl-C*. Estos dos últimos grupos alcanzaron en la semana 12 valores de PAS superiores a los del grupo C*. La diuresis fue significativamente mayor en los grupos experimentales en comparación con el grupo C* durante la semana 12 de tratamiento. El clearance de creatinina (ClCr) no mostró variaciones significativas entre los distintos grupos. La EUNA se incrementó en los grupos NaCl y NaCl-Na vs los restantes grupos*. Mientras que la EUCI fue mayor en los grupos NaCl, NaCl-Na y NaCl-Cl en comparación con los otros dos grupos restantes*. En el análisis de Western Blot, en la semana 12, se observó un aumento en la expresión renal de p50-NFkB, TGF- β , AT1R y CIC-K1 en los grupos NaCl y NaCl-Cl*. La expresión de AT2R se incrementó en el grupo NaCl-Na*. Los niveles de expresión de CIC-5 fueron mayores en los animales tratados con NaCl-Cl*.

Conclusiones: En conclusión, estos resultados sugieren que el Cl⁻, junto con el Na⁺, contribuyen al desarrollo de HTA y al daño renal inflamatorio. Los canales de CIC-K1 y CIC-5 podrían estar implicados en la mediación de estos efectos.

0059 - PARTICIPACIÓN DEL EJE MICROBIOTA INTESTINAL-SISTEMAS NATRIURÉTICOS EN EL DESARROLLO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE SOBRECARGA DE FRUCTOSA EN LA DIETA

Hipertensión Arterial / Cardiometabolismo

RUKAVINA MIKUSIC, Natalia Lucía¹ | KOUYOUUMDZIAN, Nicolás Martín² | PRINCE, Paula Denise³ | PERAZZI, Beatriz² | MORIONDO, Marisa³ | DONOSO, Adriana² | LEE, Hyun Jin² | **CHOI, Marcelo Roberto¹**

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Farmacia y Bioquímica. IATIMET¹; Universidad de Buenos Aires. Facultad de Farmacia y Bioquímica.²; CONICET-Universidad de Buenos Aires. IATIMET³

Antecedentes: La interacción entre microbiota intestinal, dopamina (DA) renal y péptidos natriuréticos podría constituir un mecanismo relevante en el desarrollo y/o progresión de la hipertensión arterial (HTA) inducida por sobrecarga de fructosa (SF) en la dieta; sin embargo, la evidencia disponible es limitada.

Objetivos: Evaluar los efectos de la SF sobre la presión arterial (PA), parámetros metabólicos, función tubular renal, sistemas natriuréticos [DA urinaria, péptido natriurético auricular (ANP) y péptido natriurético tipo B (BNP) plasmáticos], endotoxemia e histoarquitectura renal e intestinal. Para confirmar estos hallazgos se investigará si la modulación de la microbiota con antibióticos (ATB) previene dichas alteraciones.

Materiales y Métodos: Ratas Sprague-Dawley macho (n=6/grupo) recibieron durante 8 semanas: dieta AIN-93 (Control, C), AIN-93 + fructosa 30% p/p (SF), C+ATB (ampicilina 1 g/L + neomicina 0,5 g/L) o SF+ATB. La PA sistólica (PAS) se midió por pletismografía (basal, semana 4 y semana 8). Al sacrificio se determinaron parámetros metabólicos (glucemia, colesterol total, colesterol-HDL [c-HDL], triglicéridos), función renal (diuresis, clearance de creatinina [ClCr], excreción fraccional de sodio [FENa] y excreción urinaria de sodio [UNaE]), lipopolisacárido (LPS), ANP y BNP plasmáticos (ELISA), DA urinaria (HPLC), histología intestinal y expresión de ZO-1 y FFAR-2 en colon (Western Blot). Análisis estadístico:

Parámetro	C	SF	C+ATB	SF+ATB
PAS (mmHg)	111 ± 2	144 ± 2*	104 ± 4	123 ± 3#
Triglicéridos (mg/dL)	48 ± 7	85 ± 6*	46 ± 6	42 ± 3#
Colesterol total (mg/dL)	91 ± 8	89 ± 8	71 ± 5	76 ± 3
c-HDL (mg/dL)	54 ± 2	44 ± 2*	55 ± 3	66 ± 3#
TG/c-HDL	0.87 ± 0.10	1.96 ± 0.17*	0.85 ± 0.13	0.66 ± 0.09#
Glucemia (mg/dL)	129 ± 3	150 ± 5*	130 ± 2	119 ± 5#
Índice TyG	7.97 ± 0.15	8.75 ± 0.06*	7.95 ± 0.13	7.80 ± 0.09#
Diuresis (mL/24h/kg)	32 ± 2	37 ± 3	29 ± 2	30 ± 3
ClCr (mL/min/kg)	4.85 ± 4.62	4.12 ± 0.87	3.78 ± 0.77	4.40 ± 1.03
FENa (%)	0.07 ± 0.01	0.03 ± 0.00*	0.06 ± 0.01	0.07 ± 0.01#
UNaE (mEq/24h/kg)	1.69 ± 0.34	0.40 ± 0.06*	2.00 ± 0.45	1.86 ± 0.31#
LPS plasmático (ng/mL)	0.09 ± 0.04	9.47 ± 0.36*	0.82 ± 0.01	0.92 ± 0.05#
DA urinaria (ng/mL/kg)	2801 ± 535	382 ± 102*	2334 ± 637	2636 ± 461#
ANP plasmático (ng/mL)	0.72 ± 0.08	0.23 ± 0.04*	0.60 ± 0.09	0.67 ± 0.09#
BNP plasmático (pg/mL)	0.97 ± 0.12	0.38 ± 0.08*	0.80 ± 0.08	0.88 ± 0.17#

ANOVA una vía o Mann-Whitney U (InfoStat); P < 0.05 se consideraron como diferencias estadísticamente significativas.

Resultados: La SF en la dieta incrementó significativamente la PAS, la glucemia, los triglicéridos y los niveles plasmáticos de LPS, y redujo el c-HDL a las 8 semanas en comparación con el grupo control (Tabla). A nivel renal, la SF disminuyó la FENa y la UNaE, sin modificar la diuresis ni el clearance de creatinina (Tabla). A nivel intestinal, el análisis histológico evidenció infiltración inflamatoria en la mucosa y submucosa colónica, junto con degeneración epitelial y daño estructural de vellosidades y criptas en yeyuno e íleon. En cuanto a los sistemas natriuréticos, la SF redujo significativamente la DA urinaria y los niveles plasmáticos de ANP y BNP (Tabla). El tratamiento con ATB previno las alteraciones metabólicas, hemodinámicas, intestinales y renales inducidas por la SF, normalizando los parámetros glucémicos y lipídicos, la PAS y los niveles de LPS, y restaurando la FENa y la UNaE (Tabla). Asimismo, la terapia antibiótica preservó la integridad histológica intestinal y previno la reducción de la expresión de ZO-1 y de FFAR-2 en colon inducida por SF, lo que sugiere que la

restauración de la eubiosis intestinal es capaz de mantener tanto la integridad de la barrera epitelial como la señalización mediada por AGCC. Finalmente, el tratamiento con ATB previno las alteraciones en los sistemas natriuréticos, manteniendo los niveles de DA urinaria, ANP y BNP plasmáticos comparables a aquellos de los controles, sin diferencias entre los grupos CyC+ATB (Tabla).

Conclusiones: La SF induce HTA, alteraciones metabólicas, disfunción tubular renal, endotoxemia y daño intestinal, junto con disminución de DA urinaria y ANP/BNP plasmáticos. Estos cambios son prevenidos por tratamiento con ATB, lo que destaca el rol central de la microbiota intestinal y del eje microbiota-sistemas natriuréticos como potencial blanco terapéutico en el tratamiento de la HTA.

0060 - EFECTOS DE LOS PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS SOBRE EL DEPÓSITO DE TEJIDO ADIPOSO Y SU IMPACTO CARDIORRENOMETABÓLICO EN MODELOS EXPERIMENTALES DE SOBRECARGA CALÓRICA Y SALINA

Cardiometabolismo

LEE, Hyun Jin¹ | DOMINGUEZ, Candela¹ | RAMIREZ, Lola¹ | CANTÚ, Silvana María¹ | MORIONDO, Marisa² | TORRES, Sophia Antonella¹ | RUKAVINA MIKUSIC, Natalia² | CHOI, Marcelo Roberto²

Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA¹; CONICET- Universidad de Buenos Aires. IATIMET²

Antecedentes: Los cambios patológicos integrados pero independientes en los sistemas cardiovascular, renal y metabólico, recientemente se definió como el síndrome cardiovascular-reno-metabólico (CRM). El tejido adiposo almacenado en diferentes depósitos corporales puede ejercer impactos variables en el desarrollo del síndrome CRM. El papel de los péptidos natriuréticos (PNs) en la interacción entre el metabolismo cardíaco y lipídico se ha convertido en un tema que atrae el interés de las investigaciones.

Objetivos: Estudiar en modelos dietarios el desarrollo de adiposidad, así como su disfunción en diferentes depósitos de tejido adiposo y su asociación con el perfil de los PNs y la expresión de sus receptores en ratas Wistar machos durante 6 semanas.

Materiales y Métodos: Se utilizaron cuatro grupos: Control (C): dieta equilibrada (0,4% NaCl); Dieta alta en Grasa (DG): 60% de calorías provenientes de grasas; Dieta alta en Sal (DS): sobrecarga de NaCl del 8%; y DG+DS. Se determinaron: glucemia; índice de adiposidad del tejido adiposo mesentérico (IATM); presión arterial sistólica (PAS); diuresis, aclaramiento de creatinina (CrCl), excreción fraccional (EFNa) y sodio urinario (EUNa); niveles plasmáticos de ANP mediante ELISA; expresión de los receptores NPR-A y NPR-C, interleucina-6 (IL-6), factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa), factor nuclear kappa B (NF-kB) y factor de crecimiento transformante beta (TGF-beta) en tejido adiposo mesentérico y corteza renal mediante Western Blot. Además, se analizó la morfología de los tejidos adiposos: mesentérico del yeyunoíleon, hepático y del seno renal mediante la técnica histológica con Hematoxilina-Eosina.

Resultados: Los grupos DG y DG+DS incrementaron la glucemia y el IATM ($p < 0.05$) pero disminuyeron los niveles plasmáticos de ANP (ng/ml) ($p < 0.01$) vs C. Los tres modelos dietarios produjeron aumentos de la PAS respecto al C ($p < 0.05$). En los grupos DS y DG+DS, la diuresis, EFNa y EUNa fueron más altos que en los grupos C y DG ($p < 0.05$) sin cambios en CrCl. La expresión de NPR-A (unidades arbitrarias) tanto en el tejido adiposo mesentérico como en la corteza renal fue mayor en DS, menor en DG vs C ($p < 0.01$), mientras que DG+DS presentó una expresión menor que C pero mayor que DG. Mientras que la expresión de NPR-C fue mayor en DG y menor en DS vs C ($p < 0.01$) y en DG+DS fue mayor que DS ($p < 0.05$). Por otra parte, las expresiones de IL-6, TNF-alfa, NF-kB y TGF-beta aumentaron en DG, DS, DG+DS vs C ($p < 0.05$). En el análisis histológico del tejido adiposo mesentérico del yeyunoíleon se observó que el tamaño del adipocito medido como área de la vacuola lipídica fue mayor con la DG y DG+DS vs C. Por su parte, se observaron alteraciones del parénquima hepático dadas por la presencia de gotas macro y micro lipídicas con DG y alteraciones intersticiales con DS. A nivel renal se encontró presencia de gotas lipídicas en células tubulares en la corteza con DG y alteraciones intersticiales con DS. Ambas alteraciones hepáticas y renales en DG+DS. Además, en el seno renal se observó mayor deposición de tejido adiposo blanco que marrón en los grupos DG y DG+DS vs C.

Conclusiones: El tejido adiposo almacenado en diferentes depósitos corporales varía según el tipo de sobrecarga dietaria. Particularmente, la expresión diferencial de los PNs y sus receptores podrían explicar las alteraciones observadas en los distintos modelos estudiados aportando un diferente mecanismo fisiopatológico en la génesis de la adiposopatía.

0062 - DIABETES MELLITUS TIPO 2 COMO PREDICTOR INDEPENDIENTE DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO SEVERA EN PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR

Cardiometabolismo / Epidemiología y Prevención

REIS, María Belén | AVACA, Horacio Alberto | BLANCO, Magali | BORSINI, Eduardo | OROZCO TAPIA, Mariana | PARDO, María Agustina | RECALDE, Maricel | SCHIAVONE, Miguel Javier

Unidad de HTA, CM, DLP Hospital Británico de Buenos Aires

Antecedentes: La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una patología prevalente y subdiagnosticada que eleva significativamente el riesgo cardiovascular y metabólico. Su relación con la HTA, obesidad, dislipemia y DM2 es estrecha, mediada por mecanismos como la hipoxia intermitente y la inflamación sistémica. En pacientes con DM2, la AOS se asocia con un peor control glucémico y mayor riesgo de eventos cardiovasculares. El objetivo de este análisis fue comparar la frecuencia y severidad de la AOS en pacientes con y sin DM2.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo con 275 pacientes (83 con DM2 y 192 sin DM2) de entre 25 y 80 años, con factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y sin diagnóstico previo de AOS. Se utilizaron las encuestas de Berlín, STOP-BANG y Epworth. Ante la presencia de scores elevados y FRCV, se realizó una poligrafía respiratoria ambulatoria. Se definió AOS ante un índice de apnea-hipopnea (IAH) ≥ 5 eventos/hora. Análisis estadístico Se emplearon pruebas de chi cuadrado, test de Fisher, Student o Mann-Whitney según la naturaleza de las variables. Se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística binaria para identificar predictores de AOS severa, ajustando por obesidad.

Tabla 1. Análisis descriptivo por grupo

Variable	DM2 (n=83)	Sin DM2 (n=192)	Valor de p
Características			
Edad media (años)	64.47 (± 11.06)	57.31 (± 13.10)	$p < 0.0001$
Sexo Masculino	72.28%	58.85%	$p = 0.041$
Sexo Femenino	27.72%	41.15%	$p = 0.001$
IMC	33.44 (± 5.78)	30.64 (± 5.66)	$p = 0.0003$
Factores de Riesgo			
HTA	82.7%	88.54%	$p = 0.2$
DLP	78.17%	63.54%	$p = 0.017$
Sobrepeso	18.36%	35.42%	$p = 0.005$
Obesidad	68.98%	51.04%	$p = 0.005$
Scores			
Berlín positivo	100%	100%	$p = 1$
STOP-BANG ≥ 5	75.9%	32.82%	$p = 0.0001$
Epworth ≥ 11	8.44%	12.5%	$p = 0.334$
Severidad del AOS			
AOS leve	22.89%	36.98%	$p = 0.023$
AOS moderado	25.3%	23.96%	$p = 0.81$
AOS severo	28.91%	12.5%	$p = 0.001$
Sin criterios diagnósticos de AOS	22.9%	26.56%	$p = 0.52$

Tabla 2. Modelo de Regresión Logística (Multivariado). 48 pacientes con AOS Severa (n=24 por grupo)

Variable independiente	Odds Ratio Ajustado (aOR)	Intervalo de Confianza (95%)	Valor p
Diabetes (DM2)	2.21	[1.14 – 4.28]	$p = 0.019$
Obesidad (IMC ≥ 30)	3.84	[1.96 – 7.52]	$p < 0.001$

Resultados: Los pacientes con DM2 presentaron un perfil de mayor riesgo: más obesidad (68.98% vs 51.04%) y dislipemia (78.17% vs 63.54%). El score STOP-BANG ≥ 5 fue mucho más frecuente en diabéticos (75.9% vs 32.82%). En cuanto a la severidad, los pacientes con DM2 mostraron una proporción significativamente mayor de AOS severa (28.91% vs 12.5%). El análisis multivariado confirmó que la DM2 es un predictor independiente de AOS severa (aOR 2.21; $p=0.019$), incluso tras ajustar por obesidad. Un hallazgo crítico fue la baja sensibilidad de la escala Epworth: solo el 8.44% de los diabéticos reportó somnolencia significativa pese a la alta gravedad detectada. Discusión La DM2 predice AOS severa independientemente de la obesidad. Mecanismos como la neuropatía autonómica podrían facilitar el colapso de la vía aérea. Se destaca la "paradoja de la somnolencia", donde el paciente metabólico no manifiesta síntomas clásicos pese a la gravedad del cuadro, dificultando su detección.

Conclusiones: La DM2 actúa como un predictor independiente de AOS severa en poblaciones de riesgo cardiovascular. Existe una marcada disociación entre la somnolencia subjetiva y la gravedad real del trastorno, especialmente en diabéticos. Se resalta la necesidad de implementar protocolos de screening sistemático en unidades especializadas, integrando la detección de AOS como parte de la evaluación integral del paciente para reducir su riesgo cardiovascular global.

0071 - ENVEJECIMIENTO VASCULAR ACELERADO EN MUJERES CON BAJO RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN SCORES TRADICIONALES: IMPACTO DE LOS FACTORES DE RIESGO EMERGENTES Y GÉNERO-ESPECÍFICOS

Epidemiología y Prevención / Hipertensión Arterial

GHELFI, Albertina¹ | STAFFIERI, Gustavo Jose² | MIRANDA, Gonzalo³ | RENNA, Nicolás Federico⁴ | DIAZ, Alberto Alejandro⁵ | MARÍN, María Noel⁶ | ZUBIAURRE, Valentina⁶ | DEL SUELDO, Mildren⁷

Hospital Eva Perón. CAE Cs. Humanas y de la Salud, Universidad Abierta Interamericana¹; Sanatorio Parque Grupo Oroño. CAE Cs. Humanas y de la Salud, Universidad Abierta Interamericana²; CERTUS³; Hospital Español De Mendoza⁴; Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud UNICEN-CONICET Tandil⁵; Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela⁶; CERTUS⁷

Antecedentes: La enfermedad cardiovascular constituye la principal causa de muerte en mujeres. Sin embargo, los modelos convencionales de predicción de riesgo cardiovascular (RCV) presentan limitaciones relevantes en esta población, ya que no contemplan factores de riesgo emergentes (FRE) ni género-específicos (FRGE) tendiendo a subestimar el RCV, particularmente en mujeres menores de 40 años y en aquellas sin factores tradicionales. Estudios previos han evidenciado un incremento de la velocidad de onda de pulso carotídeo-femoral (VOP-cf) en mujeres con FRE y FRGE, sugiriendo al envejecimiento vascular acelerado (EVA) como posible mecanismo de riesgo residual. En este contexto, la detección precoz de EVA podría contribuir a una reclasificación más adecuada del RCV.

Objetivos: Determinar la VOP-cf en mujeres clasificadas como de bajo RCV por scores tradicionales, que presentan FRE o FRGE, y compararlas con controles sanos.

Tabla 1. Valores de VOP-cf diferenciadas por rango etario y grupo

	Grupo 1 (FRE /FRGE) n=259	Grupo 2 (controles) n=328	p
Global	7,12 ± 1,17 m/s	6,02 ± 0,84 m/s	p<0,001
18-19 años	6,02 ± 1,06 m/s	5,11 ± 0,60 m/s	p=0,004
20-29 años	6,55 ± 1,09 m/s	5,71 ± 0,69 m/s	p<0,001
30-39 años	7,03 ± 0,89 m/s	5,96 ± 0,80 m/s	p<0,001
40-49 años	7,39 ± 0,88 m/s	6,29 ± 0,70 m/s	p<0,001
50-59 años	8,05 ± 1,32 m/s	6,77 ± 0,87 m/s	p<0,001

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico de corte transversal, realizado en Argentina y Uruguay entre 2022-2026. Se incluyeron mujeres entre 18-59 años, con RCV a 10 años <5% según la calculadora de la OMS, presión arterial (PA) de consultorio <140/90 mmHg. Fueron divididas en dos grupos: Grupo 1 (presencia de FRE o FRGE) y Grupo 2 (controles sanos). Los FRE incluidos fueron enfermedad reumática autoinmune en remisión, enfermedad oncohematológica en remisión clínica, infección por

virus de la inmunodeficiencia humana con carga viral indetectable y recuento de CD4 normal, y depresión o ansiedad en tratamiento. Los FRGE comprendieron antecedentes de preeclampsia, diabetes gestacional, menarca temprana y menopausia precoz. Se excluyeron: factores de RCV tradicionales (hipertensión, diabetes, dislipemia, obesidad, tabaquismo); presencia de daño de órgano blanco establecido (aterosclerosis, hipertrofia de ventrículo izquierdo, cociente albuminuria/creatininuria >30 mg/g, deterioro cognitivo); evento cardiovascular previo; o tratamiento con antihipertensivos, estatinas o aspirina. Procedimientos: se obtuvieron datos antropométricos, presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD). La PA media (PAM) se calculó como PAD+1/3(PAS-PAD). La VOP-cf se midió mediante dispositivos tonométricos. Se definió EVA como un valor de VOP-cf mayor al percentil 75 de normalidad. El análisis se realizó con SPSS para Windows v.28.

Resultados: Se incluyeron 587 mujeres de bajo RCV, con una edad media de 36,3 ± 10,9 años; Grupo 1= 259 y Grupo 2= 328. No se observaron diferencias entre grupos en la edad, peso, talla, IMC y frecuencia cardíaca. La VOP-cf fue mayor en el Grupo 1 (7,12 ± 1,17 m/s vs. 6,02 ± 0,84 m/s; p<0,001), diferencia que se mantuvo al restringir el análisis a PA <130/80 mmHg (p<0,001). Las diferencias se observaron en todos los rangos etarios. En un modelo de regresión lineal múltiple ajustado por edad y PAM, la presencia de un FRE o FRGE se asoció de manera independiente con mayor VOP-cf (B=0,94 m/s; IC95%=0,78-1,10; p<0,001). El 54,4% de mujeres con un FRE o FRGE presentó parámetros de EVA.

Conclusiones: En mujeres clasificadas como bajo RCV, la presencia de un FRE o FRGE se asoció a mayor VOP-cf y mayor EVA. A igual edad y PAM, estas mujeres presentaron un incremento de VOP-cf cercano a 1 m/s.

