

Datos nacionales en disección coronaria espontánea

National Data on Spontaneous Coronary Artery Dissection

RAÚL ALBERTO LLANO¹, 

La cardiopatía isquémica, particularmente el infarto agudo de miocardio, continúa siendo una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial. Si bien la enfermedad aterosclerótica constituye la etiología subyacente más frecuente, existen otras entidades menos prevalentes que también pueden desencadenar un síndrome coronario agudo (SCA). Entre ellas, la disección coronaria espontánea (DCE) representa una causa relevante, especialmente en determinados grupos poblacionales. (1)

Si bien la angiografía coronaria continúa siendo el método diagnóstico de referencia, el desarrollo y la creciente disponibilidad de técnicas de imagen intracoronaria, como la ecografía intravascular (IVUS) y la tomografía de coherencia óptica (OCT), han permitido mejorar significativamente la precisión diagnóstica y orientar de manera más adecuada el tratamiento. (2) No obstante, dado que estas modalidades de imagen intracoronaria no siempre se encuentran disponibles o no se utilizan de manera sistemática, la DCE continúa siendo una entidad potencialmente subdiagnosticada, con registros epidemiológicos heterogéneos. (3)

En nuestro país, hasta el momento no se disponía de registros multicéntricos que permitieran caracterizar adecuadamente esta patología, predominando en la literatura nacional los reportes aislados de casos clínicos. (4) En este contexto, el registro publicado por Rodríguez Arias y cols, constituye una iniciativa particularmente relevante, al tratarse del primer registro multicéntrico que incluye tanto centros públicos como privados. (5)

En concordancia con los registros internacionales, en esta cohorte se observa una mayor frecuencia de DCE en mujeres jóvenes, generalmente con escasos, o sin factores de riesgo cardiovascular tradicionales. Asimismo, la forma de presentación clínica más frecuente fue el SCA sin elevación del segmento ST, siendo la arteria descendente anterior el vaso más frecuentemente afectado.

En cuanto al tratamiento, la evidencia disponible sugiere que la estrategia terapéutica debe individualizarse según la presentación clínica y la anatomía coronaria. En la mayoría de los casos se recomienda una estrategia conservadora, reservándose la revascularización para situaciones específicas, como isquemia persistente, inestabilidad hemodinámica, arritmias ventriculares malignas o compromiso del tronco de la coronaria izquierda (TCI). En estos escenarios, la angioplastia coronaria percutánea constituye la principal estrategia de revascularización, mientras que la cirugía de revascularización miocárdica queda reservada para casos seleccionados, como la disección del TCI o enfermedad extensa multivaso. En concordancia con estas recomendaciones, en el Registro la mayoría de los casos fue manejado de forma conservadora, requiriendo angioplastia coronaria con implante de stent en el 46,1% de los casos.

Si bien se trata de un registro con un número limitado de pacientes, sus resultados son consistentes con los reportes internacionales y constituyen un punto de partida para continuar profundizando el conocimiento de esta patología en nuestro medio. Persisten aún múltiples interrogantes clínicos, particularmente en relación con la duración óptima de la doble antiagregación plaquetaria, el eventual rol de la anticoagulación, la indicación de estatinas y sus objetivos terapéuticos, así como las estrategias de seguimiento clínico e imagenológico y las recomendaciones respecto a la actividad física.

En conclusión, este trabajo representa una valiosa iniciativa para la cardiología clínica e intervencionista de nuestro país, que no solo permite contextualizar nuestra experiencia en relación con los registros internacionales, sino que también constituye un paso fundamental para continuar caracterizando una patología poco frecuente, aunque clínicamente relevante.

REV ARGENT CARDIOL 2026;94:81-82. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.i1.20982>

Dirección para correspondencia: Raúl Alberto Llano. Correo electrónico: raulalbertollano@gmail.com



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

¹ Clínica Las Condes, Santiago, Chile

Consideraciones éticas

No aplica

Declaración de conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

(Véase formulario de conflictos de interés del autor en la Web).

BIBLIOGRAFÍA

1. Saw J, Starovoytov A, Aymong E, Inohara T, Alfadhel M, McAlister C, et al. Canadian spontaneous coronary artery dissection cohort study: in-hospital and 30-day outcomes. *J Am Coll Cardiol* 2022;80:1585-97. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz007>
2. Kim ESH. Spontaneous coronary-artery dissection. *N Engl J Med* 2020;383:2358-70. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2001524>.
3. Hayes SN, Kim ESH, Saw J, Adlam D, Arslanian-Engoren C, Economy KE, et al. Spontaneous coronary artery dissection: current state of the science. *Circulation* 2018;137:e523-57. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000564>
4. Dellapé De La Reta N, Pedroni P, Aquiles Sarmiento R Solerno R, et al. Disección coronaria espontánea: una entidad poco sospechada. *Rev Argent Cardioangiol Interv* 2024;15:61-5. <https://doi.org/10.30567/RACI/202402/0061-0065>
5. Rodríguez Arias EA, Swieszkowski SP, Caffaro G, Guevara I, Vargas Peláez AF, Mieres JR, y cols. Registro piloto multicéntrico de disección coronaria espontánea en Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2025;93:461-66. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v93.i6.20942>

RESPUESTA DE LOS AUTORES**Estimado Dr. Llano**

Agradecemos su interés por el artículo de Rodríguez Arias y cols. El mismo constituye un primer esfuerzo de parte de investigadores independientes para conocer las características de esta patología en nuestro país y la incidencia de la disección coronaria espontánea (DCE) en los síndromes coronarios agudos. (1)

Dentro del registro piloto se puso en evidencia el conocimiento dispar que tenemos los médicos cardiólogos acerca de la fisiopatología de la DCE, lo que se manifestó en la falta de consenso acerca de su correcto diagnóstico y tratamiento, como la disparidad en el tipo y duración de antiagregación plaquetaria en estos pacientes.

Esta prueba piloto nos permitió desarrollar el Registro Argentino de Disección Coronaria Espontánea (DISCAR), que comenzará en 2026 y relevará a nivel nacional la enfermedad. El registro DISCAR utilizará las herramientas de apoyo que brinda la Sociedad Argentina de Cardiología desde el área de Investigación y podrán participar en él todos los establecimientos públicos y privados de Argentina.

Del mismo modo, esperamos que con el registro DISCAR podremos evaluar el uso de imagen intravascular en los casos dudosos para guiar el tratamiento, lo que enriquecerá indudablemente el resultado del mismo y permitirá conocer con mayor profundidad a los posibles mecanismos responsables de la DCE.

Matías Rodríguez Granillo^{MTSAC}, 

Investigador Principal
Registro DISCAR

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Arias EA, Swieszkowski SP, Caffaro G, Guevara I, Vargas Peláez AF, Mieres JR, y cols. Registro piloto multicéntrico de disección coronaria espontánea en Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2025;93:461-66. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v93.i6.20942>

Cuando el cerebro también entra en quirófano

When the Brain Also Enters the Operating Room

GUSTAVO L. ESCALADA LESME¹, ^{FACC, FSIAC}, , SERGIO DANIEL CABRAL², 

El delirium postoperatorio constituye una de las complicaciones más frecuentes, complejas y, paradójicamente, menos integradas al razonamiento clínico cotidiano en la cirugía cardiovascular. Lejos de representar un fenómeno transitorio o meramente conductual, su aparición se asocia de manera consistente con mayor

mortalidad, prolongación de la internación, incremento de costos sanitarios, deterioro funcional persistente y declinación cognitiva a largo plazo. (1) A pesar de ello, aún suele interpretarse como un epifenómeno del estrés quirúrgico, más tolerado que anticipado, más tratado que prevenido.

Rev Argent Cardiol 2026;94:82-83. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.i1.20984>

Dirección para correspondencia: Gustavo L. Escalada Lesme. Correo electrónico: gescala@live.com



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

¹ Jefe del Servicio de Cardiología Clínica del Gran Hospital Nacional de Itauguá, Itauguá. Paraguay.

² Servicio de cardiocirugía, Hospital Central del Instituto de Prevención Social. Asunción. Paraguay.

En este contexto, el trabajo de Crippa y cols., basado en el registro nacional ARGEN-CCV, aporta evidencia local sólida sobre la incidencia del delirium postoperatorio y sus predictores independientes en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. (2) La identificación de variables como la enfermedad coronaria previa, la sepsis postoperatoria, la fibrilación auricular y la asistencia respiratoria mecánica prolongada permite avanzar desde la descripción epidemiológica hacia una estratificación de riesgo clínicamente relevante, con implicancias directas para la práctica diaria.

Más allá de los hallazgos específicos, el valor conceptual del estudio reside en reforzar una mirada integradora del delirium como expresión de vulnerabilidad sistémica. El cerebro, al igual que el corazón o el riñón, responde al trauma quirúrgico mediante mecanismos biológicos que incluyen inflamación sistémica, disfunción endotelial, alteraciones de la perfusión cerebral, activación neurohormonal y pérdida de reserva cognitiva. (3). En este sentido, la cirugía cardiovascular puede entenderse como un verdadero “test de estrés biológico”, capaz de revelar fragilidades previamente compensadas.

La asociación entre delirium, sepsis y fibrilación auricular postoperatoria no resulta casual. Estos eventos comparten un sustrato inflamatorio y hemodinámico común, con impacto directo sobre la autorregulación cerebral. Del mismo modo, la necesidad de ventilación mecánica prolongada no solo expresa mayor gravedad clínica, sino también una exposición sostenida a sedantes, analgesia compleja y interrupción del ciclo sueño-vigilia, factores centrales en la fisiopatología del delirium. (4)

Desde una perspectiva clínica, este trabajo interpela al equipo tratante a ampliar el foco del cuidado perioperatorio. Identificar tempranamente a los pacientes de alto riesgo obliga a incorporar estrategias preventivas multimodales que incluyan optimización hemodinámica, control riguroso de infecciones, manejo protocolizado de la ventilación, evaluación sistemática de la fragilidad y monitoreo cognitivo estructurado. (4)

En definitiva, el estudio de Crippa y cols. nos recuerda una verdad incómoda pero necesaria. En la cirugía cardiovascular contemporánea, el éxito técnico ya no se mide solo por la permeabilidad de un injerto o la corrección de una válvula. El cerebro también entra en quirófano. Y cuando el delirium aparece, no señala un accidente aislado, sino el punto de encuentro entre biología, vulnerabilidad y límites del modelo asistencial. (2,5) Escucharlo a tiempo no es un gesto académico. Es una forma más profunda de cuidar al paciente.

Consideraciones éticas

No aplica

Declaración de conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

(Véase formulario de conflictos de interés del autor en la Web).

BIBLIOGRAFÍA

1. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014;383:911-22. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)
2. Crippa DA, Tresenza GA, Antonioli M, Lerech ED, Gagliardi J, D'Imperio HA. Delirium postoperatorio en cirugía cardiovascular: análisis de factores predictores a partir del registro nacional ARGEN-CCV. *Rev Argent Cardiol* 2025;93:419-26. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v93.i6.20949>
3. Berger M, Terrando N, Smith SK, Browndyke JN, Newman MF, Mathew JP. Neurocognitive function after cardiac surgery: from phenotypes to mechanisms. *Anesthesiology* 2018;129:829-51. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002194>
4. Van den Boogaard M, Pickkers P, Slooter AJC, Kuiper MA, Spronk PE, van der Voort PH, et al. Development and validation of PRE-DELIRIC. *BMJ*. 2012;344:e420. <https://doi.org/10.1136/bmj.e420>
5. Rudolph JL, Inouye SK, Jones RN, Yang FM, Fong TG, Levkoff SE, et al. Delirium: an independent predictor of functional decline after cardiac surgery. *Circulation* 2009;119:229-236. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.795260>

RESPUESTA DE LOS AUTORES

Agradecemos profundamente los comentarios de los Dres. Escalada Lesme y Cabral sobre nuestro artículo “Delirium postoperatorio en cirugía cardiovascular: análisis de factores predictores a partir del registro nacional ARGEN-CCV”, así como la cuidadosa lectura y la reflexión clínica que aportan en su carta. Coincidimos plenamente en que el delirium postoperatorio constituye una complicación de enorme relevancia en cirugía cardiovascular, no solo por su frecuencia, sino también por su impacto sobre la evolución clínica, la recuperación funcional, la duración de la internación y el pronóstico a mediano y largo plazo.

Tal como señalan los autores de la carta, uno de los aportes centrales de nuestro estudio fue identificar factores asociados con clara utilidad clínica, entre ellos la enfermedad coronaria previa, la sepsis postoperatoria, la fibrilación auricular y la ventilación mecánica prolongada. Consideramos que estos hallazgos, obtenidos a partir de un registro nacional, contribuyen a una mejor estratificación del riesgo y refuerzan la necesidad de una vigilancia más sistemática en el perioperatorio. En esta línea, coincidimos en la importancia de promover estrategias multimodales de prevención y monitoreo, con especial atención a los factores modificables del postoperatorio.

Asimismo, compartimos la valoración del delirium no como un fenómeno aislado, sino como la expresión de una mayor vulnerabilidad biológica en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. En ese sentido, su reconocimiento precoz y la implementación de estrategias preventivas multimodales representan aspectos centrales del cuidado integral.

Agradecemos nuevamente a los Dres. Escalada Lesme y Cabral por enriquecer la discusión de nuestro trabajo y por jerarquizar un problema clínico que merece creciente atención en la práctica cotidiana.

Los autores

Lecciones del registro ARGEN-IAM-ST

Lessons from the ARGEN-IAM-ST Registry

PABLO SANTILLI^{1,2}, SOL GARCÍA TORO^{1,2}

La publicación del análisis de Castillo Costa y cols. del registro ARGEN-IAM-ST es una herramienta esencial para identificar nuestras capacidades de mejoría y crecimiento. (1) Documentar que un 7,5% de los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) ingresan tras un paro cardiorrespiratorio (PCR), aproximadamente uno de cada trece casos, es fundamental para dimensionar la complejidad de esta patología.

Sin embargo, para interpretar estos datos correctamente debemos considerar el sesgo de selección. El registro captura información de centros vinculados a la SAC y la FAC, instituciones con perfil académico. Si analizamos el volumen, el registro incluyó un promedio de 682 pacientes anuales. Al cruzar este dato con una incidencia nacional estimada para una población de 46 millones de habitantes, de entre 18 000 y 22 000 IAMCEST por año según estándares epidemiológicos occidentales, observamos que estamos registrando apenas una fracción de la realidad nacional. Este dato es relevante ya que, si en los centros de mayor complejidad la mortalidad en el subgrupo de shock y paro alcanza el 71%, habría que preguntarse qué pasa con el resto de los casos.

Desde la perspectiva del intervencionismo, la evolución tórpida de estos cuadros a pesar de una correcta tasa de reperfusión global (85% en el grupo con PCR) sugiere que la sola apertura de la arteria culpable es insuficiente en el contexto de un colapso hemodinámico. En centros de alta complejidad de otros países, el uso de soporte circulatorio mecánico (SCM) avanzado ha comenzado a mejorar los resultados en este escenario. El estudio DanGer Shock demostró que el soporte con bomba microaxial (Impella) redujo la mortalidad en shock cardiogénico al 45,8% vs. 58,5% con tratamiento estándar; una diferencia sustancial frente a nuestro medio donde el balón de contrapulsación suele ser el único recurso disponible, si es que lo está. (2) La implementación de estas medidas a gran escala resulta compleja y supone un alto costo para el sistema.

Entonces, el foco en nuestro sistema podría ser inicialmente lograr que la totalidad de los pacientes reciban una tasa de reperfusión cercana a la de este registro de la forma más temprana posible. Para alcanzar resultados de registros como el de la sociedad europea de cardiología (ESC) (3) con más de 90% de tasa de reperfusión o el registro SWEDEHEART, donde la angioplastia primaria supera el 90%, (4) es imperativo profundizar programas como Stent-Save a Life! (5). Esto implica fortalecer las redes de infarto y el programa puerta-balón, pero fundamentalmente jerarquizar la estrategia farmacoinvasiva como una alternativa ideal y equivalente en nuestro medio. Ante traslados en ambulancia con demoras elevadas o logísticas poco predecibles que amenazan los tiempos de reperfusión óptimos, la lisis temprana debe ser considerada una prioridad clínica, garantizando así la apertura arterial precoz y reduciendo el tiempo de isquemia total.

Este registro y su análisis son una de las herramientas que tenemos para mejorar los resultados de los pacientes en nuestro medio y es uno de los pasos para transformar las redes de atención fragmentadas en un sistema que priorice la reperfusión y la derivación a centros de alta complejidad de forma temprana.

Consideraciones éticas

No aplica

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflictos de interés del autor en la Web).

BIBLIOGRAFÍA

1. Castillo Costa Y, Torrico Nieves R, Mauro V, Charask A, Macin SM, D'Imperio H, y cols. Paro cardiorrespiratorio como forma de presentación del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. Datos del registro ARGEN-IAM-ST. *Rev Argent Cardiol* 2025;93:448-53. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v93.i6.20951>.

REV ARGENT CARDIOL 2026;94:84-85. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.i1.20983>

Dirección para correspondencia: Pablo Santilli. Correo electrónico: pablo.santilli21@gmail.com



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

¹ Sanatorio Finochietto

² Sanatorio Anchorena.

2. Møller JE, Engstrøm T, Jensen LO, Eiskjær H, Mangner N, Polzin A, et al. Microaxial Flow Pump or Standard Care in Infarct-Related Cardiogenic Shock (DanGer Shock). *N Engl J Med* 2024;390:1382-93. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2312572>.

3. Zeymer U, Ludman P, Danchin N, Kala P, Laroche C, Sadeghi M, et al. Reperfusion therapies and in-hospital outcomes for ST-elevation myocardial infarction in Europe: the ACVC-EAPCI EORP STEMI Registry of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2021;42:4536-49. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab342>.


4. SWEDEHEART. Annual Report 2022. Uppsala Clinical Research Center (UCR); 2023. Disponible en: <https://www.ucr.uu.se/swedeheart/dokument-sh/arsrapporter-sh/01-swedeheart-annual-report-2022-english/viewdocument/3479>.

5. Candiello A, Alexander T, Delpont R, Toth GG, Ong P, Snyders A, et al. How to set up regional STEMI networks: a "Stent - Save a life!" initiative. *EuroIntervention* 2022;17:1405-16. <https://doi.org/10.4244/EIJ-D-21-00694>.

RESPUESTA DE LOS AUTORES

Agradecemos a los dres. Santilli y García Toro por sus valiosos comentarios sobre nuestro trabajo. Si bien no hay registros nacionales que evalúen la mortalidad extrahospitalaria del IAM, de acuerdo a registros comunitarios (1) oscila en un 40%, y la arritmia grave (TV/FV) es la causa principal. Coincidimos plenamente con los dres Pablo Santilli y Sol Garcia Toro en que la organización y sustentación de las redes de reperfusión del infarto, organizadas de acuerdo a cada realidad comunitaria debe ser una política de salud en nuestro país. De acuerdo al Registro Argen-IAM-ST, el más grande y realizado en forma continua en nuestro país, el tiempo total de isquemia es prolongado, con mediana para los angioplastiados de 310 min (RIC 185-595) y en aquellos tratados con fibrinolíticos 165 min (RIC 90-287) y ello fue determinante que no hubiera diferencias en la mortalidad de acuerdo a la estrategia implementada. (2,3) La opinión de los médicos tratantes de este registro fue contundente: hubo retraso en la indicación de una estrategia de reperfusión en la mitad de los casos (60% en los sometidos a angioplastia y 62% en los

trombolizados). Asimismo la educación de la población es fundamental para reducir los tiempos de demora en su atención que en el ARGEN IAM fue 130 minutos (RIC 60-305), siendo también causas principales el retraso del paciente en solicitar atención al sistema médico (60% de los casos) y la llegada de la ambulancia (25%). (3) En este contexto el conocimiento de la sintomatología básica de un infarto así como el aprendizaje de las maniobras de reanimación cardiopulmonar básicas por parte de la población y una mayor densidad de desfibriladores externos automáticos son de una importancia fundamental. Todo plan estratégico de reperfusión "a tiempo" en el infarto deberá estar bien diseñado a fin de reducir los tiempos de isquemia, reducir la letalidad extrahospitalaria e intrahospitalaria, coordinando los esfuerzos de todos los actores intervinientes en la logística de su atención como asimismo la participación de las sociedades científicas dando un marco a un plan de atención integral.

Víctor Mauro^{MTSAC} 
por los autores

BIBLIOGRAFIA

1. Trevisan A, Bocian JL, Caminos M, Saavedra ME, Zgaib ME, Bazan A, y cols. Paro cardíaco extrahospitalario en Bariloche: incidencia, distribución y contexto. Evaluación de la potencial utilidad de un programa de desfibriladores externos automáticos. *Rev Argent Cardiol* 2018;86:345-51. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v86.i5.12640>
2. D´Imperio H, Charask A, Castillo Costa Y, Zapata G, Quiroga M, Meiriño A, y cols. Infarto de miocardio en Argentina. Tercer reporte del registro ARGEN-IAM-ST y comportamiento de la mortalidad en 8 años. *Rev Argent Cardiol* 2023;91:435-42. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.i6.20712>
3. D´Imperio H, Gagliardi J, Charask A, Zoni R, Quiroga W, Castillo Costa Y, y cols; POR LOS INVESTIGADORES DE ARGEN IAM-ST. Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en la Argentina. Datos del registro continuo ARGEN-IAM-ST. *Rev Argent Cardiol* 2020;88:297-307. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v88.i4.18658>

REV ARGENT CARDIOL 2026;94:xx-xx <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.i1.20983>

Dirección para correspondencia: Pablo Santilli. Correo electrónico: pablo.santilli21@gmail.com



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

Alertas de arritmias ventriculares en la monitorización remota: ¿marcadores pronósticos o disparadores de decisiones clínicas?

Ventricular Arrhythmia Alerts in Remote Monitoring: Prognostic Markers or Triggers for Clinical Decision?

ENRIQUE MONJES¹, FEDERICO ZABALA¹, DANIEL CAMERINI¹

La monitorización remota (MR) de los dispositivos cardíacos electrónicos implantables se ha consolidado en la última década como un estándar de cuidado, al permitir la detección temprana de eventos arrítmicos y optimizar el seguimiento de pacientes portadores de desfibriladores implantables (DAI) y terapia de resincronización cardíaca con desfibrilador (TRC-D). Sin embargo, persiste el debate acerca de su impacto sobre los resultados clínicos “duros”, particularmente la mortalidad.

En este contexto, el trabajo de Guzmán y cols., publicado en la Revista Argentina de Cardiología, aporta evidencia relevante del mundo real al analizar el valor pronóstico de las alertas por arritmias ventriculares detectadas mediante MR en una cohorte de pacientes con DAI y TRC-D. (1) Los autores demuestran que la aparición de alertas por taquicardia ventricular no sostenida, taquicardia ventricular o fibrilación ventricular se asocia de manera significativa con una mayor mortalidad por todas las causas, con una separación temprana y sostenida de las curvas de supervivencia. Este hallazgo refuerza la idea según la cual la monitorización remota aporta información clínica relevante, más allá de la mera detección de eventos, al reflejar la progresión de la cardiopatía subyacente

Un aspecto destacable del estudio es su carácter observacional y su desarrollo en un entorno de práctica clínica habitual, lo que permite reflejar una población heterogénea y compleja, diferente a la de los ensayos clínicos aleatorizados. En este sentido, los resultados se alinean con grandes registros observacionales, como el estudio ALITUDE, que identificó a las arritmias ventriculares y a las terapias del desfibrilador como marcadores pronósticos adversos (2) De manera concordante, estudios previos han demostrado que la ocurrencia de choques apropiados se asocia con un aumento significativo de la mortalidad, independientemente de la etiología de la cardiopatía. (3)

No obstante, el trabajo también pone en evidencia una limitación clínica relevante: en la mayoría

de los casos, la detección de alertas ventriculares no se tradujo en cambios sustanciales en la conducta terapéutica. Este hallazgo plantea una pregunta clave para la práctica diaria: ¿es suficiente identificar precozmente a los pacientes de mayor riesgo si esta información no se integra en una estrategia de intervención estructurada?

Probablemente, el verdadero valor de la MR no reside únicamente en la generación de alertas, sino en su interpretación contextualizada dentro del escenario clínico global del paciente. La aparición de arritmias ventriculares debería actuar como un disparador para una reevaluación integral que incluya la optimización del tratamiento para la insuficiencia cardíaca, la revisión de la programación del dispositivo y la consideración de estrategias avanzadas, como la ablación o el manejo multidisciplinario. (4)

En conclusión, el estudio de Guzmán y cols. refuerza el rol de las alertas ventriculares detectadas por MR como marcadores pronósticos en pacientes con DAI y TRC-D. El desafío futuro consiste en transformar esta información en decisiones clínicas concretas que permitan no solo estratificar riesgo, sino también modificar la historia natural de la enfermedad, en línea con las recomendaciones actuales de consenso internacional. (5)

Consideraciones éticas

No aplica

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflictos de interés del autor en la Web).

BIBLIOGRAFÍA

1. Guzmán JP, Uberti PD, Toscano F, Piazza V, Longo D, Mancusi F, et al. Alertas de arritmias ventriculares y supervivencia en pacientes con desfibriladores implantables bajo monitorización remota. *Rev Argent Cardiol* 2025;93:343-9. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v93.i5.20938>

REV ARGENT CARDIOL 2026;94:86-87. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.i1.20970>

Dirección para correspondencia: Enrique Monjes, Calle 1 nro 1791, La Plata, Provincia de Buenos Aires. Correo electrónico: quiquemonjes@gmail.com



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

¹ Área de Electrofisiología, Hospital Interzonal General de Agudos San Martín de La Plata, Provincia de Buenos Aires.

2. Saxon LA, Hayes DL, Gilliam FR, Heidenreich PA, Day J, Seth M. Long-term outcome after ICD and CRT implantation and influence of remote device follow-up: the ALTITUDE survival study. *Circulation*. 2010;122:2359-67. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.960633>
3. Poole JE, Johnson GW, Hellkamp AS, Anderson J, Callans DJ, Raitt MH, et al. Prognostic importance of defibrillator shocks in patients with heart failure. *N Engl J Med* 2008;359:1009-17. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa071098>
4. Varma N, Piccini JP, Snell J, Fischer A, Dalal N, Mittal S. The Relationship Between Level of Adherence to Automatic Wireless Remote Monitoring and Survival in Pacemaker and Defibrillator Patients *J Am Coll Cardiol* 2015;65:2601-10. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.04.033>
5. Ferrick AM, Raj SR, Deneke T, Kojodjojo P, Lopez-Cabanillas N, Abe H, et al. 2023 HRS/EHRA/APHR/LAHR Expert Consensus Statement on Practical Management of the Remote Device Clinic. *Heart Rhythm* 2023;20(9):e92-e144. <https://doi.org/10.1016/j.hrthm.2023.03.1525>

RESPUESTA DE LOS AUTORES

Señor director


Agradecemos los comentarios de los Dres. Monjes, Zabala y Camerini. Coincidimos con su lectura: el valor

real de la monitorización remota (MR) está atado a la respuesta clínica que genera.

Aunque las alertas señalaron mayor mortalidad, en el 60% de los casos no motivaron cambios terapéuticos. Esta “inercia clínica” no refleja desinterés, sino la ausencia de circuitos estructurados. Mientras que en centros internacionales existen unidades dedicadas, en nuestro medio la MR suele recaer en el esfuerzo individual. La desconexión entre quien recibe la alerta (habitualmente el electrofisiólogo y los *fellows* en formación) y quien maneja la patología de base atenta contra la intervención oportuna.

El desafío pasa por evolucionar de una “vigilancia técnica” a una “gestión clínica proactiva”. Que la alerta no quede en un dato pronóstico, sino que actúe como disparador para cerrar la brecha entre el diagnóstico remoto y la acción terapéutica.

Atentamente

Juan Pablo Guzmán^{MTSAC, }
En representación de los autores.