

Nuestros datos acerca de la mortalidad del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST

Our Data on Mortality from ST-segment Elevation Myocardial Infarction

CONSTANZA BELÉN ZACARIAS^{1,2}

El infarto agudo de miocardio constituye una de las principales causas de mortalidad en la Argentina. En el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, el tiempo total de isquemia es crucial para determinar el pronóstico ya que “tiempo es miocardio”. Los avances tecnológicos han permitido disminuir los tiempos de isquemia a nivel mundial, lo que se ha asociado con una reducción de la mortalidad. En Argentina contamos con el registro ARGEN-IAM-ST, el único registro nacional de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST con 10 años de seguimiento. (1) La mejor forma de monitorizar esta patología es a través de estos registros que reflejan la atención en el mundo real, permitiendo así planificar políticas de salud y evaluar sus resultados.

Es destacable la efectividad a nivel nacional en cuanto a la reperfusión, con tiempos puerta-reperfusión similar a los de registros internacionales y una tasa de reperfusión mayor al 90% en 8 de los 10 años del estudio.

Sin embargo, nuestra principal debilidad, tal como lo evidencia el registro, radica en los tiempos prolongados desde el inicio de los síntomas hasta la consulta médica, lo que podría explicar la falta de descenso de la mortalidad a lo largo de estos 10 años en comparación con registros de otros países. (2,3) El tiempo promedio síntoma-consulta es de 120 minutos, significativamente mayor que el reportado en registros como el español, donde es de aproximadamente 60 minutos. (4)

Resulta esencial fortalecer la educación de la población en la detección de los síntomas compatibles con infarto de miocardio e implementar estrategias nacionales que optimicen la derivación de los pacientes para lograr una reperfusión temprana.

Cabe señalar la disminución en la inclusión de pacientes a lo largo de los años. Estos registros presentan

como limitación su representatividad, dado que la participación es voluntaria y, en consecuencia, tienden a reflejar la práctica de instituciones con mayor motivación académica, generalmente de mayor volumen, que son las que sostienen el registro en el tiempo. (5) Es fundamental reforzar en la comunidad médica la importancia de mantener y expandir estos registros para impulsar políticas sanitarias más equitativas y efectivas.

Si bien resulta desalentador constatar que la mortalidad no ha disminuido a lo largo de estos 10 años a pesar de los avances terapéuticos, persiste la esperanza de optimizar el sistema de atención, garantizar un acceso universal y reducir las demoras permitiéndonos aspirar a una mortalidad del infarto agudo de miocardio similar a los registros internacionales.

Consideraciones éticas

No aplica

Declaración de conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

(Véase formulario de conflicto de intereses del autor en la Web).

BIBLIOGRAFÍA

1. D'Imperio H, Gagliardi J, Charask A, Castillo Y, Macin S, Zapata G, y cols, en representación de los investigadores del registro ARGEN-IAM ST. Evolución de la mortalidad en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST durante 10 años en Argentina. Registro ARGEN-IAM-ST. *Rev Argent Cardiol* 2026; 94:5-11. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.i1.20967>
2. Rodríguez Esteban M de los Á, Llanos JC, Farrais Villalba M, et al. INFORME ARIAM 2021
3. Zeymer U, Ludman P, Danchin N, Kala P, Laroche C, Sadeghi M, et al; ACVC EAPCI EORP ACS STEMI investigators group

REV ARGENT CARDIOL 2026;94:171-172. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.i2.20997>

Dirección para correspondencia: Constanza Belén Zacarias. Correo electrónico: zacariasconstanza@gmail.com



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

©Revista Argentina de Cardiología

¹ Staff del Servicio de Cardiología, Hospital Argerich, Ciudad de Buenos Aires.

² Staff del Servicio de Cardiología, Hospital Británico, Ciudad de Buenos Aires.

of the ESC. Reperfusion therapies and in-hospital outcomes for STElevation 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. Rodríguez-Leor O, Cid-Álvarez AB, Pérez De Prado A, Rossello X, Ojeda S, Serrador A y cols. Análisis de la atención al infarto con elevación del segmento ST en España. Resultados del Registro de Código Infarto de la ACI-SEC. *Rev Esp Cardiol* 2022;75:669-80. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2021.12.005>.

5. Tajer C. Para hacer visible el iceberg de la mortalidad por infarto en la Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2017;85:407-9. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.v85.i5.12466>

RESPUESTA DE LOS AUTORES

Como enfatiza la Dra. Zacarías, los datos nos muestran una realidad que transmite un sabor agri dulce. Por un lado, vemos tasas altas de reperusión y por el otro, tasas altas de mortalidad. Cuando ponemos la lupa, y nos damos cuenta del tiempo que se tarda en consultar, nos sentimos responsables por la falta de promoción de la salud en cuanto al infarto agudo de miocardio, ya que la causa cardiovascular es el principal motivo de muerte en Argentina, evidenciado en los reportes de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación. (1) Más aún, ello es en gran medida evitable si se tratan los factores de riesgo en forma adecuada, y cuando ocurre, la mortalidad debería ser menor en comparación con otros países. (2) Los registros de publicaciones nacionales, indican que desde el año 2008 la mortalidad no baja del 8%. (3) Pero entonces, ¿qué nos dice la elevada tasa de reperusión? No parece que el sistema de salud tenga un problema de recursos (por supuesto que hacemos referencia en términos generales, ya que existen realidades en donde existe escasez de recursos), tampoco de concepto, ya que los pacientes se reperfundan. ¿Y entonces por qué la mortalidad es tan elevada? La respuesta podría ser la falta de cumplimiento de objetivos operativos que impactan en el tiempo total de isquemia. ¿Y cómo podemos abordar la situación? La puerta del hospital es útil para dividir el problema en dos, de la puerta hacia afuera debemos realizar promoción del reconocimiento precoz del dolor precordial y signos de alarma. De la puerta para adentro debemos mejorar la organización para recibir a los pacientes y realizar un *triage* adecuado, y cada institución debería formar parte de una red de atención para el infarto con el objetivo de administrar los recursos. Los centros de menor complejidad deben tener claro sus centros de soporte, y estos su rol dentro de la red

para evitar demoras, sobre todo dentro de un sistema de salud fragmentado con el argentino. Como mencionamos previamente, el ARGEN IAM-ST no es el único registro que muestra estos datos; los podemos encontrar en estudios previos y estadísticas vitales del ministerio de salud: diferentes ángulos, mismos resultados. Una actividad que podría ser productiva en congresos, es que además de hablar de mortalidad en el infarto, se discutan potenciales soluciones al proceso de consulta y atención, como por ejemplo la viabilidad de implementar inteligencia artificial para apalancar el *triage* de la guardia médica, uso de datos para mejorar la logística de los traslados y coordinación con los servicios de hemodinamia, etc. (4)

Para finalizar, es importante mencionar los costos futuros de los supervivientes de un infarto, el tiempo total de isquemia no solo explica la mortalidad sino las complicaciones intrahospitalarias y extrahospitalarias; si bien el registro ARGEN IAM-ST no releva estas últimas, son bien conocidas y generan una carga importante de costos en salud debido a disfunción ventricular izquierda, que según la gravedad deriva en tratamientos específicos para insuficiencia cardíaca, colocación de dispositivos de alto costo y más a largo plazo, en algunos la necesidad de trasplante cardíaco, todo esto evitable y ahorrable. (5)

Heraldo D'Imperio^{1,MTSAC} 

¹Coordinador general del Registro Nacional de Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST. ARGEN IAM-ST

BIBLIOGRAFÍA

- <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/publicaciones>
- Faixedas MT, Mauri J, Pueyo MJ; members of the Pla director de malalties cardiovasculars. The Codi IAM registry: acute myocardial infarction code registry in Catalonia. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2022;75:291-3. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2021.11.004>
- Zapata G. Código Infarto de la Federación Argentina de Cardiología - CI FAC: Programa Nacional sobre educación y prevención, manejo e investigación del ataque agudo al corazón de la Federación Argentina de Cardiología. *Rev Fed Arg Cardiol* 2023;52:65-7. <https://doi.org/10.63600/c0yrhy60>
- Almulih QA, Alquraini AA, Almulih FA, Alzahid AA, Al Qahtani SSAJ, Almulhim M, et al. Applications of Artificial Intelligence and Machine Learning in Emergency Medicine Triage - A Systematic Review. *Med Arch* 2024;78:198-206. <https://doi.org/10.5455/msm.2024.236-239>
- Keeley EC, Boura JA, Grines CL. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet* 2003;361:13-20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12113-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12113-7)

Valor pronóstico de la relación TAPSE/PSAP

Prognostic Value of the TAPSE/SPAP Ratio

LUCRECIA SECCO¹, MTSAC

El trabajo de Freyre Hernando J y cols., publicado en el último número de la *Rev Argent Cardiol* (1) investiga el valor pronóstico del desacoplamiento entre el ventrículo derecho (VD) y la arteria pulmonar (AP) en pacientes con amiloidosis cardíaca por transtiretina (AC-TTR).

En este estudio, analizaron a 191 pacientes, concluyendo que la relación entre el desplazamiento sistólico del anillo tricúspideo (TAPSE) y la presión sistólica pulmonar (PSAP) es un predictor eficaz de futuras internaciones por insuficiencia cardíaca. Un valor de TAPSE/PSAP menor o igual a 0,5 identifica de manera independiente a los pacientes con mayor riesgo clínico, incluso si mantienen una fracción de eyección (FE) preservada. Este punto de corte de 0,5 se determinó como el óptimo por su balance clínico, presentando una sensibilidad del 78% y una especificidad del 67% para predecir eventos de insuficiencia cardíaca. (1,2)

En contraposición, se observó que otros indicadores como la onda S por Doppler tisular no aportaron información relevante para predecir la evolución de la enfermedad. Esto se debe a que la onda S tisular puede ser más susceptible al ruido, a los ángulos de medición y a la afectación segmentaria basal típica de la amiloidosis, lo que limita su valor pronóstico en esta enfermedad. (3)

La relación TAPSE/PSAP muestra la capacidad para adaptarse que tiene el VD a la circulación pulmonar, que se conoce como acoplamiento VD-AP; integra en una sola medición la relación entre la contractilidad del VD y su poscarga. En la AC-TTR, la rigidez progresiva compromete esta adaptación, favoreciendo el “desacoplamiento”. (1,4)

Una de las principales fortalezas del trabajo es su especificidad en la población con AC-TTR, a diferencia de estudios previos que utilizaban poblaciones mixtas con amiloidosis AL. Además, este parámetro, se destaca por su simplicidad y aplicabilidad clínica, ya que el TAPSE/PSAP es un índice no invasivo, reproducible y disponible en cualquier equipo de ecocardiografía estándar, facilitando su uso. (1,5)

Existen áreas de oportunidad que el trabajo no exploró y que serían fundamentales para consolidar este parámetro. Sería valioso quizá, incorporar el *strain* de la pared libre del VD para obtener una medida de deformación más precisa que no dependa de las limitaciones geométricas del TAPSE, por ejemplo. (4)

En conclusión, los datos que aporta este artículo con respecto a relación TAPSE/PSAP, identifica un umbral práctico ($\leq 0,5$), el cual permite a los médicos identificar subgrupos de pacientes de alto riesgo de forma temprana, algo que otros marcadores tradicionales no logran con la misma precisión en esta población específica. (1,2)

Consideraciones éticas

No aplica

Declaración de conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

(Véase formulario de conflicto de intereses del autor en la Web).

BIBLIOGRAFÍA

1. Freyre Hernando J, Spaccavento A, Burgos L, Seia I, Sigal A, Elisamburu P, y cols. Valor pronóstico del desacoplamiento ventrículo derecho-arteria pulmonar en la amiloidosis cardíaca por transtiretina. *Rev Argent Cardiol* 2026;94:48-56. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.i1.20969>
2. Maccallini M, Barge-Caballero G, Barge-Caballero E, López-Pérez M, Bilbao-Quesada R, González-Babarro E, et al. Prognostic value of the tricuspid annular plane systolic excursion/systolic pulmonary artery pressure ratio in cardiac amyloidosis. *Rev Esp Cardiol* 2024;77:634-44. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2024.01.0016>.
3. De Gaspari M, Sinigiani G, De Michieli L, Della Barbera M, Rizzo S, Thiene G, et al. Relative apical sparing in cardiac amyloidosis is not always explained by an amyloid gradient. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging*. 2023;24:1258-68. <https://doi.org/10.1093/ehjci/jead10729>.
4. De Groote P, Fertin M, Goéminne C, Petyt G, Peyrot S, Foucher-Hosseine C, et al. Right ventricular systolic function for risk stratification in patients with stable left ventricular systolic dysfunction: comparison of radionuclide angiography to echoDoppler parameters. *Eur Heart J* 2012;33:2672-9. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs0807>.

REV ARGENT CARDIOL 2026;94:173-174. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.i2.20992>

Dirección para correspondencia: Lucrecia Secco. Correo electrónico: Lucresecco@hotmail.com



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

©Revista Argentina de Cardiología

¹Jefa de sección de IC/HTP del Hospital Churrucá Visca.

5. Naseem M, Alkassas A, Alaarag A. Tricuspid annular plane systolic excursion/pulmonary arterial systolic pressure ratio as a predictor of in-hospital mortality for acute heart failure. *BMC Cardiovasc Disord* 2022;22:414. . <https://doi.org/10.1186/s12872-022-02857-68>.

RESPUESTA DE LOS AUTORES

Agradecemos especialmente a la Dra. Secco por su detallado análisis y por resaltar la relevancia clínica de la relación TAPSE/PSAP como marcador de desacoplamiento ventrículo derecho–arteria pulmonar en la amiloidosis cardíaca por transtiretina.

Coincidimos en que este índice representa una herramienta simple, no invasiva y ampliamente disponible, que permite integrar en una única medición la contractilidad del ventrículo derecho y su poscarga,

aportando valor pronóstico incluso en pacientes con fracción de eyección preservada.

Asimismo, consideramos muy pertinente la observación respecto a la posible incorporación de parámetros adicionales, como el *strain* de la pared libre del ventrículo derecho, que podrían complementar la evaluación y aportar mayor precisión en futuros estudios.

Nuestro trabajo busca aportar evidencia en una población específica como la AC-TTR, donde la identificación precoz de pacientes de mayor riesgo continúa siendo un desafío clínico relevante.

Agradecemos nuevamente los comentarios y la oportunidad de enriquecer la discusión sobre este tema.

Cordialmente,

Jaqueline Freyre Hernando

Por los autores

La brecha en el manejo de la válvula aórtica bicúspide en Argentina

The Gap in the Management of Bicuspid Aortic Valve Disease in Argentina

VANESA DEL V. AUDIL¹

La válvula aórtica bicúspide (VAB) constituye la cardiopatía congénita más frecuente en adultos y se asocia no solo a disfunción valvular, sino también a compromiso progresivo de la aorta ascendente, configurando una verdadera válvulo-aortopatía. Su manejo requiere una evaluación integral y un enfoque multidisciplinario orientado a optimizar los resultados a largo plazo.

En el trabajo titulado *Diagnóstico y manejo de la válvula aórtica bicúspide en Argentina*, Carrero y cols. (1) describen la realidad actual de esta patología en nuestro medio, poniendo en evidencia una brecha significativa entre las recomendaciones de las guías internacionales y la práctica cotidiana. Uno de los hallazgos más relevantes es que el 50% de los centros carece de un *Heart Team* para la toma de decisiones complejas, cifra que asciende al 61,7% en el interior del país, lo cual resulta particularmente preocupante dada la complejidad de esta entidad.

Desde el punto de vista quirúrgico, la VAB no debe abordarse como una patología aislada. La intervención sobre la válvula sin una adecuada valoración de la aorta ascendente, o viceversa, puede conducir a estrategias incompletas, con impacto negativo en la evolución a mediano y largo plazo. En este sentido, resulta fundamental avanzar hacia el concepto de “Aorta Team”, integrando especialistas con experiencia en patología aórtica dentro del equipo multidisciplinario. (2)

Otro aspecto relevante es la elevada proporción de indicaciones de implante valvular aórtico transcatheter (TAVI), que alcanza el 40,7%, a pesar de la limitada evidencia disponible en pacientes con VAB. (1) Si bien ensayos recientes han explorado su uso en poblaciones de bajo riesgo, (3) la durabilidad y los resultados a largo plazo en pacientes jóvenes continúan siendo inciertos. En este grupo, la cirugía convencional, la reparación valvular y el procedimiento de Ross ofrecen ventajas

REV ARGENT CARDIOL 2026;94:174-176 <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.i2.20996>

Dirección para correspondencia: Vanesa de V. Audil. Correo electrónico: vaudil@ffavaloro.org.



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

©Revista Argentina de Cardiología

¹ Staff de Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Fundación Favaloro, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

en términos de hemodinamia y supervivencia libre de reintervención.

Asimismo, el trabajo pone de manifiesto la baja frecuencia de estrategias como la reparación valvular o el procedimiento de Ross en nuestro medio, (1) lo que podría reflejar limitaciones tanto en la experiencia quirúrgica como en la derivación oportuna a centros especializados.

Por otra parte, la evidencia actual resalta la importancia del *screening* familiar. Diversos trabajos demuestran una prevalencia significativa de VAB y dilatación aórtica en familiares de primer grado, lo que refuerza la recomendación de evaluación sistemática en este grupo. (4) Sin embargo, la adherencia a esta práctica continúa siendo subóptima en nuestro contexto.

Finalmente, resulta relevante que solo el 30,8% de los especialistas evalúe de manera sistemática la aorta ascendente distal, (1) región frecuentemente involucrada en eventos agudos como la disección, lo que evidencia una brecha diagnóstica con potencial impacto clínico.

En conjunto, estos hallazgos subrayan la necesidad de mejorar la organización del sistema de salud, promover el trabajo multidisciplinario y adoptar un enfoque integral en el manejo de la VAB. Los *Heart Teams* representan un cambio de paradigma en la toma de decisiones, permitiendo una medicina más individualizada y basada en la evidencia. (5) Reducir la distancia entre conocimiento y práctica constituye, en este escenario, un desafío prioritario.

Consideraciones éticas

No aplica

Declaración de conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

(Véase formulario de conflicto de intereses del autor en la Web).

BIBLIOGRAFÍA

1. Carrero MC, Constantín I, Streitenberger G, Reyes G, Makhoul S, Giunta G, et al. Diagnóstico y manejo de la válvula aórtica bicúspide en Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2026;94:12-19. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.i1.20974>
2. Misfeld M, Eitz CD, Leontyev S, Borger MA. The aortic team and bicuspid aortic valve patients. *Ann Cardiothorac Surg* 2022;11:459-61. <https://doi.org/10.21037/acs-2021-bav-213>
3. Jørgensen TH, Thyregod HGH, Savontaus M, Willemsen Y, Bleie Ø, Tang M, et al. Transcatheter aortic valve implantation in low-risk tricuspid or bicuspid aortic stenosis: the NOTION-2 trial. *Eur Heart J* 2024;45:3804-14. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad331>
4. Bray JJH, Freer R, Pitcher A, Kharbanda R. Family screening for bicuspid aortic valve and aortic dilatation: a meta-analysis. *Eur Heart J* 2023;44:3152-64. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad320>
5. Mesana T, Rodger N, Sherrard H. Heart Teams: A New Paradigm in Health Care. *Can J Cardio*. 2018;34:815-8. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2018.02.028>

RESPUESTA DE LOS AUTORES

Agradecemos el interés de la Dra. Vanesa del V. Audil en nuestro trabajo y sus valiosos comentarios respecto a la realidad del manejo de la válvula aórtica bicúspide (VAB) en nuestro país. Coincidimos plenamente con su perspectiva sobre la complejidad inherente a esta entidad. Tal como señala la Dra. Audil, la VAB debe entenderse no como una patología valvular aislada, sino como una verdadera válvulo-aortopatía. Compartimos su preocupación sobre la baja tasa de centros con *Heart Team* útiles para la toma de decisiones complejas, así como en la propuesta de avanzar hacia el concepto de *Aorta Team*. En dichos grupos la integración multidisciplinaria –incluyendo especialistas en patología aórtica– es indispensable para diseñar estrategias terapéuticas a largo plazo que superen el enfoque meramente valvular.

Por otra parte, la preocupación referida respecto a la indicación de TAVI en pacientes con VAB es muy pertinente. Nuestro estudio revela una tendencia al uso creciente de esta técnica, probablemente impulsada por la disponibilidad tecnológica, pero que debe ser analizada con cautela ya que existe limitada bibliografía que avale dicha indicación, e incluso, con resultados adversos en pacientes con VAB.

En relación con la evidencia científica actual sobre las opciones terapéuticas, los resultados del estudio NOTION-2 refuerzan nuestra postura de prudencia. (1) Este estudio clínico aleatorizado, que es uno de los pocos que incluyó una proporción significativa de pacientes con VAB de bajo riesgo quirúrgico (en la mayoría de los estudios de TAVI son excluidos), demostró una mayor incidencia de fugas paravalvulares moderadas o graves (17,4% vs. 0% en grupo cirugía) y una mayor incidencia del punto final primario combinado de muerte, accidente cerebrovascular o rehospitalización en pacientes con VAB que fueron sometidos a TAVI vs. aquellos que fueron operados, aunque la diferencia no llegó a ser estadísticamente significativa (14,3% vs. 3,9%, $p=0,08$). Estos hallazgos sugieren que, incluso en manos expertas, la anatomía compleja de la VAB sigue representando un desafío técnico que puede comprometer la evolución clínica a largo plazo.

Asimismo, datos provenientes de registros de vida real y estudios comparativos de seguimiento indican que, en pacientes jóvenes, el TAVI en VAB se asocia a una mayor tasa de complicaciones hemodinámicas inmediatas y una durabilidad protésica aún no establecida frente a la cirugía de reemplazo valvular. La presencia de calcificación asimétrica y la frecuente dilatación de la raíz aórtica incrementan el riesgo de expansión incompleta del dispositivo o daño anular. Y la durabilidad protésica es un factor fundamental, ya que se trata de pacientes

muy jóvenes, a diferencia de la estenosis aórtica degenerativa. Por lo tanto, la escasez de evidencia sobre la durabilidad y los resultados a largo plazo en pacientes más jóvenes y con este fenotipo valvular refuerza la necesidad de una discusión rigurosa dentro de un *Heart Team* antes de tomar decisiones que comprometan el futuro clínico de estos pacientes.

Finalmente, el llamado de la Dra. Audil a fomentar la derivación oportuna a centros de alta complejidad para técnicas quirúrgicas como la plástica valvular o el procedimiento de Ross, pone de relieve un desafío prioritario de nuestro sistema de salud. Esperamos que este intercambio contribuya a visibilizar estas brechas y motive una mejora en la organización del sistema de

salud y una mayor adherencia a las recomendaciones basadas en la evidencia.

Atentamente,

María Celeste Carrero

En representación del grupo de investigación del Consejo de Eco Doppler Cardíaco y Vascular “Dr. Oscar Orías” de la Sociedad Argentina de Cardiología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jørgensen TH, Savontaus M, Willemsen Y, et al; NOTION-2 Investigators. Three-Year Follow-Up of the NOTION-2 Trial: TAVR Versus SAVR to Treat Younger Low-Risk Patients With Tricuspid or Bicuspid Aortic Stenosis. *Circulation*. 2025;152:1326-37. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.125.076678>