

Los artículos de Moro (1) y Celestino (2) publicados en la Revista Argentina de Cardiología recientemente representan un ejemplo de excelencia y originalidad científica pocas veces igualada en las publicaciones locales. Con la publicación de artículos de esta calidad y originalidad la Revista Argentina de Cardiología seguramente conseguirá el objetivo tan deseado de ser incorporada finalmente al Index Medicus.

La homogeneización en la repolarización ventricular producida por la administración de amiodarona es una de las características antiarrítmicas más sobresalientes de esta droga, que no sólo se ha demostrado tan elegantemente en el presente artículo de experimentación *in vitro*, sino que también ha encontrado un efecto similar (aunque de manera indirecta, en el registro del ECG) con la administración crónica en humanos. (3) El comportamiento similar al de la amiodarona que ha tenido la dronedarona ubican a este compuesto en un lugar de privilegio entre las drogas con propiedades antiarrítmicas.

El *modelo de onda T* ("pseudo onda T", tal como se nombra por los autores) me pareció sumamente interesante. La repolarización ventricular y la correspondiente representación electrocardiográfica como onda T son unos de los misterios de la electrocardiografía y electrofisiología. A modo de ejemplo, el origen electrofisiológico y molecular de los llamativos cambios morfológicos de la onda T en muchas patologías (ejemplo: ondas T de memoria, ondas T negativas gigantes de algunos accidentes cerebrovasculares, etc.) permanece en gran medida especulativo, ya que no existe un *modelo de onda T* que unifique a la electrocardiografía de superficie con la electrofisiología celular y molecular. Es muy interesante el modelo propuesto por los autores, aunque tal vez sea una simplificación de la realidad, ya que los registros se hacen en un preparado *in vitro* bidimensional, que tiene en cuenta sólo dos capas del miocardio (epicardio y células M, dejando de lado el endocardio), a diferencia de la tridimensionalidad del corazón (que es lo registrado simultáneamente por el ECG con la consiguiente sumatoria y cancelación de vectores). No obstante, el concepto de poder *imitar* la onda T por medio del registro simultáneo de potenciales de acción de diferentes capas del miocardio me pareció sumamente novedoso y promisorio.

Finalmente aprovecho esta oportunidad para expresar nuevamente mi admiración y felicitaciones por los invalorable aportes científicos que el grupo

responsable de estas publicaciones ha realizado, y sin lugar a dudas seguirá realizando a nivel nacional e internacional.

BIBLIOGRAFIA

1. Moro S, Celestino D, Elizari M, Sicouri S. Efectos agudos de la amiodarona y de la dronedarona en células epicárdicas, M y endocárdicas del ventrículo canino. *Rev Argent Cardiol* 1999; 67: 351-363.
2. Celestino D, Medei E, Moro S, Elizari M. Estudio comparativo de los efectos de la dronedarona y la amiodarona sobre el automatismo del nódulo sinusal del conejo. *Rev Argent Cardiol* 1999; 67: 339-350.
3. Meierhenrich R, Helguera M, Kidwell G, Tebbe U. Influence of amiodarone on QT dispersion in patients with life-threatening ventricular arrhythmias and clinical outcome. *Intern J Cardiol* 1997; 60: 289-294.

Dr. Marcelo Helguera

Sección Electrofisiología,
División de Cardiología

Hospital Italiano de Buenos Aires

He leído con interés las reflexiones sobre la práctica de la Cardiología publicadas en el último número de nuestra revista. No puedo sino compartir el ajustado razonamiento y la enumeración de causas concurrentes que dificultan una mejor práctica médica cotidiana. Más aun, propone soluciones a instrumentar mediante la esforzada labor de integrantes de la SAC.

La nota editorial de Raúl Oliveri es otra faceta más de su fecunda labor en bien de nuestra Cardiología. Con el transcurrir del tiempo lo hecho y dicho por Oliveri conforma un cuerpo de doctrina y, lo que es aun más relevante, de conducta.

A modo de contribución menor me permito alertar sobre alguna otra "variante" en la información médica, que sugiere tomar cierto resguardo.

La impresionante reducción del riesgo natural en determinada patología resulta bienvenida, pero a su vez dificulta la demostración de las ventajas de cualquier nuevo recurso. Aparecen así efectos "sustitutos" o, lo que parece aun peor, la propuesta en demostrar que un recurso es "al menos igual" o "casi tan bueno" o "no peor" que otro. No deberíamos aceptar un protocolo que no evidencie claros objetivos en cuanto a reducción de eventos "duros" o sensibles ventajas económicas o de padecimiento del paciente.

Como ya hemos dicho en alguna oportunidad, la medicina basada en la experiencia fue la base fundamental de extraordinarios avances, como el principio de la antisepsia, las vacunas, o la apendicectomía entre innumerables otros.

La evidencia certifica la bondad (o no) de recursos de más difícil evaluación pero potencialmente muy útiles, como la digital, fibrinolíticos, antiarrítmicos, etc., etc.

Toda esta información y la que vendrá debiera

cimentar la aplicación de la estrategia individual, que cuando resulta acertada cierra el ciclo del progreso a través de la investigación clínica.

La sumatoria de estrategias exitosas a nivel individual es, a mi modo de ver, la principal vía a través de la cual el médico adhiere a un consenso con convicción, en lugar de considerarlo un mero recurso para justificar su conducta.

Dr. Carlos A. Bertolasi