

Consenso de endocarditis infecciosa

DR. JOSÉ LUIS BARISANI*, DR. GUILLERMO A. BENCHETRIT**

Por iniciativa del Área de Normatizaciones y Consensos de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) se ha emprendido la tarea de realizar este Consenso de Endocarditis Infecciosa, con la participación conjunta y valiosa de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI). Luego de un año de exhaustivo y productivo trabajo por parte de integrantes de estas importantes sociedades científicas se completó esta publicación que hoy llega a sus manos y cuyas principales conclusiones fueron presentadas durante el pasado XXVIII Congreso Argentino de Cardiología, realizado en Buenos Aires en octubre de 2001.

El interés de realizar este consenso se basó en parte en el conocimiento de los cambios clínicos y epidemiológicos que ha sufrido en las últimas décadas la endocarditis infecciosa (EI), lo que obliga a actualizar las conductas médicas. Por ello surge la necesidad de revisar esta enfermedad que ha variado llamativamente su evolución y pronóstico como consecuencia, en parte, de los grandes avances en el tratamiento antibiótico, la cirugía valvular y los métodos diagnósticos, en especial los ecocardiográficos.

Por otra parte, la forma de aparición, las puertas de entrada y la afección cardíaca subyacente también han cambiado y modificado aspectos epidemiológicos y clínicos de la EI. Ha aumentado la edad promedio de los enfermos, ha disminuido la afección reumática como cardiopatía predisponente y proporcionalmente son más frecuentes hoy el prolapso mitral y la valvulopatía aórtica degenerativa. Al mismo tiempo se han hecho cada vez más frecuentes las formas nosocomiales y protésicas y las endocarditis en adictos intravenosos, todas ellas formas especiales con distintas fuentes microbiológicas y diferente evolución y pronóstico.

Aunque la EI es una entidad relativamente poco frecuente, es elevada su morbimortalidad y los costos que ocasiona al sistema de salud. Si proyectamos estimaciones epidemiológicas de EEUU y el Reino Unido a la población de Argentina, podemos calcular que se producen entre 700 y 1700 casos por año en nuestro país. Pero su significación sigue siendo elevada ya que en el estudio EIRA, realizado por el Consejo de Cardiología Clínica y Terapéutica de la SAC en 1995 en 33 centros de todo el

país, se registró una mortalidad del 23,5%, coincidente con la descrita en series internacionales.

Sin duda, la EI es la enfermedad cardiovascular que más obliga al cardiólogo clínico a interconsultar y trabajar en equipo con otras especialidades. Esta, es otra razón que estimula a consensuar conductas.

Para la realización del Consenso de Endocarditis Infecciosa se conformó un *Comité Organizador* integrado por miembros de ambas sociedades y se convocó a más de un centenar de profesionales de distintas especialidades con experiencia en los distintos aspectos de la enfermedad para integrar las comisiones de trabajo.

Los *Objetivos* que se fijó el Comité Organizador fueron los de unificar criterios y conductas frente al paciente con EI, propender al uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos, optimizando la calidad de la atención médica y desarrollar guías para la prevención, el seguimiento clínico, la evaluación pronóstica y la elección del tratamiento adecuado. Al mismo tiempo, se enfatizó el valor de estas normas como fuente educacional y se fomentó el intercambio de experiencias entre los distintos especialistas. Siempre se buscó adaptar los criterios en forma flexible, no dogmática, a las condiciones actuales de planificación, disposición y utilización de recursos en nuestro país.

Se designó un *Comité Asesor*, integrado por cuatro personalidades con merecido prestigio y trayectoria en el tema, que tuvo como finalidad el asesorar, intervenir en caso de no alcanzarse acuerdo en algún punto y avalar el documento final. Ellos son: el Dr. José Navia, el Dr. Daniel Stambouljian, el Dr. Luis Suárez, y el Dr. Augusto Torino, quienes nos honraron con su participación y a quienes agradecemos especialmente.

Se conformaron cuatro *Comisiones de Trabajo* que fueron coordinadas por especialistas con reconocida experiencia en la materia: 1) Comisión de diagnóstico y Evaluación de EI, coordinada por el Dr. Sergio Varini. 2) Comisión de Tratamiento Médico de la EI, coordinada por el Dr. Francisco Nacinovich. 3) Comisión de Tratamiento Quirúrgico de la EI, coordinada por el Dr. José Horacio Casabé. 4) Comisión de profilaxis de la EI, coordinada por la Dra. Liliana Clara.

Para alcanzar los objetivos propuestos, luego de un arduo trabajo de revisión bibliográfica y una productiva discusión de los aspectos más ligados a la toma de decisiones, se buscó consensuar las recomendaciones clasificando el *grado de acuerdo* alcanzado como en los anteriores consensos en los que intervino la SAC y que trans-

*Coordinador general del Área de Normatizaciones y Consensos de la Sociedad Argentina de Cardiología.

**Presidente de la Sociedad Argentina de Infectología.

cribimos en la Tabla 1. De igual manera se clasificó el *tipo de evidencia* que sustentó cada posición de acuerdo a la clasificación que se expresa en la Tabla 2.

Como siempre, no está de más recordar que la intención de estas guías no es la de reemplazar el criterio del médico responsable frente al paciente individual. Estas recomendaciones no son dogmáticas, sino que constituyen normas generales tendientes a aconsejar conductas ante distintas situaciones. Hoy más que nunca, no debe

ignorarse que la implementación de las medidas diagnósticas y terapéuticas recomendadas puede verse afectada por la disponibilidad y experiencia del medio en que se encuentre el médico responsable.

Un beneficio adicional, pero no menos importante, que vino de la mano de la realización de este documento inédito en nuestro país, es el de acercar a dos importantes sociedades científicas como son la SAC y la SADI en busca de un objetivo común. El trabajo conjunto de infectólogos y cardiólogos en la elaboración del consenso, al que también se sumaron clínicos, cirujanos cardiovasculares, intensivistas, pediatras, neurólogos, hematólogos, microbiólogos y odontólogos, recuerda la necesidad del trabajo en equipo a la que obliga el manejo del paciente con EI.

Tabla 1
Clasificación de Grado de Consenso

Clase I:

Condiciones para las cuales hay acuerdo general acerca de que el método/procedimiento está justificado/indicado. Una indicación Clase I no significa que el procedimiento sea el único aceptable.

Clase II:

Condiciones para las cuales hay divergencia de opinión con respecto a la justificación del método/procedimiento en términos de valor o propiedad. Aceptable, de eficacia incierta, puede ser controvertido.

Clase III:

Condiciones para las cuales hay acuerdo general de que el método/procedimiento no está habitualmente indicado/justificado o puede resultar peligroso.

Tabla 2
Clasificación del Tipo de Evidencia

Tipo A:

Evidencia sólida, proveniente de estudios clínicos aleatorizados o de cohortes, con diseño adecuado para alcanzar conclusiones estadísticamente correctas y biológicamente significativas.

Tipo B:

Evidencia derivada de otro tipo de estudios.

Tipo C:

Opinión de Expertos.