

## Endocarditis infecciosa

### Mortalidad intrahospitalaria según el registro EIRA II

LUIS A. VIDAL<sup>1</sup>

Durante los últimos años se han realizado avances importantes en el conocimiento de la endocarditis infecciosa (EI).

Numerosos estudios analizan la frecuencia de presentación de la enfermedad, su asociación con factores de riesgo, la bacteriología involucrada, explicitan criterios clínicos en relación con el diagnóstico, destacan las precisiones alcanzadas por la introducción de la ecocardiografía y marcan los avances de la cirugía cardiovascular, en el manejo de los pacientes, en la etapa activa de la enfermedad, como de las complicaciones inherentes a ella.

Por la investigación constante, se produjeron cambios en las pautas de tratamiento que han permitido optimizar los resultados terapéuticos en la endocarditis infecciosa. La edad media de los pacientes se ha incrementado, ha cambiado el espectro de la lesión cardíaca subyacente, han aumentado los casos en los que se refiere la participación de agentes como bacterias gramnegativas y hongos, las formas agudas son más frecuentes que las subagudas.

A pesar de las mejoras experimentadas, en la actualidad, la tasa de mortalidad global es muy elevada, la cual oscila entre 16% y el 32%. (1-3)

Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad de esta enfermedad constituye un desafío para los centros cardiológicos y supone un esfuerzo cooperativo e interdisciplinario.

En cuanto al estudio de la EI, las series personales de 150 a 200 casos recolectados durante 15 a 20 años son limitadas y carecen, en ocasiones, de grupos testigos adecuados para la comparación.

Los avances de la informática permiten la consideración de los datos aportados por bancos generales que reúnen información sobre miles de casos de endocarditis infecciosas, en un período reducido. A modo de ejemplo se puede citar el Estudio Cooperativo Internacional (ICE), que reúne 39 centros de 16 países con 2.200 casos retrospectivos y 1.400 casos prospectivos.

Cabell y Abrutyn refieren que los nuevos estudios han sugerido que pueden encontrarse diferencias en la endocarditis infecciosa cuando se comparan, entre sí, series de poblaciones procedentes de distintas regiones.

El Segundo Estudio Nacional sobre Endocarditis Infecciosa en la República Argentina (EIRA II), que se publica en este número de la *Revista Argentina de Cardiología*, pretende aportar un conocimiento más

completo de la mortalidad intrahospitalaria y los marcadores clínicos relacionados con la mortalidad por endocarditis, teniendo en cuenta, por un lado, los lineamientos internacionales, en cuanto a la necesidad de formar un grupo multicéntrico y por otro, al abordar el sesgo particular que presenta la patología en nuestro territorio.

El registro EIRA II es un registro prospectivo, multicéntrico, coordinado conjuntamente por el Área de Investigación y el Consejo de Cardiología Clínica y Terapéutica de la Sociedad Argentina de Cardiología. Incluyó 470 episodios de endocarditis infecciosa en 452 pacientes mayores de dieciocho años, definidos o posibles, ateniéndose a los criterios diagnósticos de la Universidad de Duke, referidos por 82 centros, de 16 provincias argentinas, entre junio del 2001 y noviembre de 2002. (4)

Resulta interesante comparar los resultados obtenidos en el EIRA II con los del EIRA I, realizado diez años atrás, porque permite vislumbrar las variaciones que han ido surgiendo. (5)

La EI afecta a pacientes de mayor edad, con predominio del sexo masculino. En el EIRA II, la mortalidad fue del 14,1% en los menores de 40 años y se incrementó al 27,1% en los mayores de 65 años.

En el EIRA II, el 83% de los pacientes cumplió con criterios diagnósticos de EI definida, lo cual representa mayor certidumbre diagnóstica, en comparación con el 74% registrado en el EIRA I.

El menor tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico, 21 días en contraposición a los 33 días en el EIRA I, constituye un dato que representa una corrección, con punto de partida en el resultado, de la conducta médica.

Si bien en el 99,88% de la población se realizaron estudios ecocardiográficos, en el 35,5% sólo se realizó ETT y en el 64,3% se realizó ETT y ETE; pese a ello, el diagnóstico de vegetaciones entre los registros del EIRA I y EIRA II no tuvo diferencias (83% *versus* 85%).

Al realizar el análisis de los aspectos microbiológicos, se destacan dos situaciones. La primera indica que la positividad de los hemocultivos fue muy similar en ambas series (80% *versus* 82,3%) en el EIRA I y EIRA II, respectivamente. La segunda es el crecimiento significativo del estafilococo (38%) y del grupo HACEK (6,6%) con una reducción de los estreptococos en general, como gérmenes responsables de la EI.

<sup>1</sup> División Cardiología. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Este dato aislado puede explicar, en parte, la prevalencia de formas agudas de EI y, por lo tanto, de complicaciones graves como hipertermia persistente, shock séptico, insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática, trastornos neurológicos, variables clínicas establecidas como predictoras de mortalidad en el EIRA II.

El crecimiento de agentes etiológicos de la EI, como *Staphylococcus aureus* y los hongos, se asocia con EI nosocomiales, EI protésica o sobre catéteres de marcapasos.

Alrededor de dos tercios de la población presentó complicaciones; la más frecuente fue la insuficiencia cardíaca (35,5%). En la etapa activa de la EI, la insuficiencia cardíaca fue la principal causa de indicación del tratamiento quirúrgico (64%). Se observó con mayor frecuencia asociada con la localización izquierda, en el 50% de las mitroaórticas y en el 39% de la localización aórtica.

Nuestro grupo de trabajo observó que la presencia de la insuficiencia cardíaca al ingreso presentaba en el análisis multivariado un OR para mortalidad = 4,31 IC 95% (1,72-10,8).

Las complicaciones neurológicas al ingreso o en el transcurso de la enfermedad son indicadores clínicos del mal pronóstico. Estas complicaciones se observan en pacientes añosos que cursan ACV isquémicos y/o hemorrágicos.

La EI sigue siendo, a pesar de todo, una enfermedad agresiva, de difícil diagnóstico y que permanece gravada con una morbimortalidad elevada. Si bien los investigadores del EIRA II señalan el carácter observacional de su estudio, aportan elementos clínicos, predictores de mortalidad fácilmente detectables en la fase intrahospitalaria, con lo que cumplen así el objetivo primario propuesto al comienzo de su investigación.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Hoen B, Alla F, Selton-Suty C, Beguinot I, Bouvet A, Briancon S, et al; Association pour l'Etude et la Prevention de l'Endocardite Infectieuse (AEPEI) Study Group. Changing profile of infective endocarditis: results of a 1-year survey in France. *JAMA* 2002;288:75-81.
2. Cabell CH, Jollis JG, Peterson GE, Corey GR, Anderson DJ, Sexton DJ, et al. Changing patient characteristics and the effect on mortality in endocarditis. *Arch Intern Med* 2002;162:90-4.
3. Tornos MP, Olona M, Permanyer-Miralda G, Almirante B, Evangelista A, Soler-Soler J. Is the clinical spectrum and prognosis of native valve infective endocarditis in non-addicts changing? *Eur Heart J* 1995;16:1686-91.
4. Durack DT, Lukes AS, Bright DK. New criteria for diagnosis of infective endocarditis: utilization of specific echocardiographic findings. Duke Endocarditis Service. *Am J Med* 1994;96:200-9.
5. Casabé H, Hershson A, Ramos M, Barisani J, Pellegrini C, Varini S. Endocarditis Infecciosa en la República Argentina. Complicaciones y mortalidad. *Rev Argent Cardiol* 1996;64(Supl V):39-45.