

Cardiología e infectología: el trabajo interdisciplinario en la era del SIDA

PEDRO CAHN

Jefe de Infectología, Hospital Fernández, Buenos Aires

Dirección para separatas: Gascón 79, (1181) Buenos Aires, Argentina

La medicina contemporánea aparece signada por dos tendencias aparentemente contrapuestas: por un lado, la ultraespecialización que crece al calor de las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, y por el otro la interrelación de las especialidades, que devuelve a nuestra profesión, a través del trabajo multi e interdisciplinario, a la unidad conceptual sobre el objetivo central y motivo de nuestros esfuerzos: el ser humano y la preservación de su salud.

La labor asociada entre cardiólogos e infectólogos no se encuentra entre los ejemplos más frecuentes de aquella cooperación.

Fuera de las endocarditis bacterianas, las miocarditis y las pericarditis, las infecciones de prótesis vasculares y las complicaciones infecciosas postoperatorias de la cirugía cardíaca, son contadas las ocasiones en que el cardiólogo debe enfrentarse a procesos de etiología microbiana. A su vez, los infectólogos se enfrentan con regular frecuencia al compromiso cardiovascular en procesos de ese origen.

La capacidad del virus HIV de agredir diferentes parénquimas ha sido claramente establecida.¹ En 1985 se publicaron los primeros informes sobre daño cardíaco asociado con esta virosis.²

En 1988 publicamos el estudio de doce pacientes afectados de SIDA, es decir, con enfermedad marcadora mayor de inmunodeficiencia documentada.³ La información fue obtenida a partir del examen clínico-cardiológico, ECG, ecocardiograma y, en tres casos, estudio necrópico. Eran pacientes jóvenes, sin antecedentes de patología previa. En diez casos encontramos alteraciones diversas, las que agrupamos de la siguiente forma: miocardiopatía dilatada nueve casos, daño miocárdico a nivel septal un caso, pericarditis crónica un caso y vegetaciones en válvula mitral en un caso. Dos pacientes no presentaron patología. En nuestras observaciones ulteriores se reiteraron estos hallazgos, en-

contrándose con mayor frecuencia vegetaciones tricuspídeas asociadas al abuso de drogas por vía intravenosa. Otros estudios, con un número mayor de casos, coincidieron en estos hallazgos, admitiéndose en la actualidad la existencia de una miocardiopatía dilatada, muy probablemente ligada a la acción del virus de la inmunodeficiencia humana.⁴

Sin embargo, considero que el interés que el médico cardiólogo debe prestar a esta epidemia no debe centrarse exclusivamente en las repercusiones de la infección viral sobre el aparato cardiovascular, sino en su inevitable vinculación con el problema en la práctica diaria. El SIDA ha sido definido como una "enfermedad de atención primaria".⁵ Esto presupone que diversas especialidades, entre ellas la cardiología, se verán enfrentadas a problemas tales como la interpretación de estudios serológicos de HIV, la oportunidad de la indicación de procedimientos invasivos o quirúrgicos en pacientes infectados, la posible interacción de drogas indicadas por el cardiólogo con la gran cantidad de fármacos que ingieren habitualmente los pacientes sintomáticos, así como a cuestiones vinculadas con la bioseguridad del equipo de salud que integra. Adicionalmente los colegas que se desempeñan en áreas críticas tales como unidad coronaria se verán obligados a tomar decisiones sumamente complejas desde el punto de vista ético, tales como indicar maniobras de resucitación cardiopulmonar o abstenerse de hacerlo, en pacientes en su mayoría jóvenes pero en etapas avanzadas, cuando no terminales de su enfermedad.

Es decir que la epidemia, que ya involucra a diez millones de infectados en 162 países,⁶ cifra que se estima se duplicará o triplicará hacia el año dos mil, obliga a cada disciplina a estudiar las repercusiones que en su campo específico genera la misma. Tal como ya lo mencionamos, se trata de discutir con criterio

interdisciplinario las conductas y normas en cuanto a diagnóstico y tratamiento de patología cardiovascular en el contexto de pacientes con inmunodeficiencias que pueden presentarse en un amplio rango, desde formas larvadas hasta severas.

¿Qué respuesta debe darse a una solicitud de cirugía coronaria en un paciente HIV reactivo? ¿Puede ser la misma conducta si se trata de un paciente asintomático o si presenta un cuadro avanzado con síndrome caquetizante y encefalopatía viral? ¿Resultan acaso adecuados los procedimientos y técnicas con que se efectúan las colocaciones de catéteres marcapasos, de hemodinamia, las angioplastias, etc., en un momento de la historia de la medicina donde a la epidemia de HIV ya descrita se suman de 200 a 400 millones de infectados por el virus B de la hepatitis, y un número no determinado de infectados por el virus de la hepatitis C (antes llamada No-A -No-B), el virus HTLV I (*Human T Leukemia Virus I*), y tal vez otros tantos virus transmisibles por la sangre cuya existencia hoy desconocemos pero intuimos?^{7,8}

La experiencia acumulada en el terreno de la bioseguridad indica que carecen de sentido las precauciones "especiales" que se adoptan en pacientes HIV reactivos, o peor aún, "sospechosos" de serlo. Es por esto que se han definido las llamadas **Precauciones Universales**, esto es, la aplicación de las normas de bioseguridad a la totalidad de los pacientes cuando el operador pueda entrar en contacto con sangre o secreciones de terceras personas, con absoluta independencia de su edad, sexo o "fenotipo".⁹ Se desprende de esta evidencia la necesidad de

revisar las normas y procedimientos de nuestros Servicios de Cardiología, Unidad Coronaria, Cirugía Cardiovascular, Recuperación, etc.

En síntesis, la mayor incidencia de endocarditis infecciosa del corazón derecho, la aparición de miocardiopatía dilatada en poblaciones jóvenes sin otra causa de cardiopatía, la necesidad de normatizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos tanto en lo relativo a la oportunidad de su indicación cuanto a lo referido a la bioseguridad del equipo de salud, constituyen razones de peso suficiente para promover un proyecto de trabajo conjunto entre nuestras disciplinas.

BIBLIOGRAFIA

1. Acierno L: Cardiac complications in acquired immunodeficiency syndrome (AIDS): A review. *J Am Coll Cardiol* 13: 1144, 1989.
2. Cammarosano C, Lewis W: Cardiac lesions in AIDS. *J Am Coll Cardiol* 5: 703, 1985.
3. Sadofsch C, Pérez H, Casiro A et al: Hallazgos ecocardiográficos en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Prensa Méd Argent* 75: 116, 1988.
4. Corallo S, Muttinelli M, Moroni A et al: Echocardiography detects myocardial damage in AIDS: prospective study in 102 patients. *European Heart J* 9: 887, 1988.
5. Northfelt D, Hayward R, Shapiro M: The acquired immunodeficiency syndrome is a primary care disease. *Ann Int Med* 773, 1988.
6. World Health Organization: *Week. Epidemiol Rec* 66: 93, 1991.
7. Blayney D, Blatner W, Robert-Guroff M et al: The human T-cell leukemia-lymphoma virus in the southeastern United States. *JAMA* 250: 1048, 1983.
8. Hoofnagle J: Hepatitis virósica aguda. *En: Mandell, Douglas, Bennett: Enfermedades Infecciosas. Principios y Práctica* (3ª ed). Ed Panamericana, Buenos Aires, 1991.
9. Becker Ch, Cone J, Gerberding J: Symposium: Occupational infection with human immunodeficiency virus (HIV): risks and risks reduction. *Ann Int Med* 110 (8): 653, 1989.