

## Endocarditis infecciosa: ¿tratamos correctamente a nuestros pacientes?

Pilar Tornos

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

La endocarditis infecciosa continúa siendo una enfermedad con un grave pronóstico. En años recientes, pese a indudables avances en las técnicas quirúrgicas y de diagnóstico, no se ha conseguido reducir la mortalidad de forma sustancial<sup>1</sup>. Es probable que esto se deba a cambios en el espectro clínico de la enfermedad: en la actualidad resulta una rareza diagnosticar una endocarditis por *S. viridans* en un paciente joven con una valvulopatía reumática, la cual tendría un pronóstico relativamente benigno. Lo habitual es establecer el diagnóstico en pacientes de edad avanzada, con polipatologías y microorganismos difíciles. Esto hace que tanto el tratamiento médico como el quirúrgico sean especialmente complejos y conlleven cifras de morbimortalidad significativas.

Un segundo aspecto relacionado con la falta de mejoras en las cifras de supervivencia podría ser no realizar el tratamiento de forma adecuada. Si esto fuera así, existiría un margen de esperanza de conseguir mejores evoluciones clínicas intentando optimizar el tratamiento de los pacientes. Existen guías clínicas sobre la prevención y el tratamiento de la endocarditis infecciosa en diversos países, y concretamente en España<sup>2,3</sup>. Sin embargo, se dispone de poca información sobre el grado de cumplimiento de éstas. En la bibliografía sólo se cuenta con un trabajo que demuestra que en Francia el grado de cumplimiento de estas guías es escaso y preocupante<sup>4</sup>. Es por esto que el trabajo de Mercedes González de Molina et al<sup>5</sup> tiene un extraordinario interés.

En su trabajo, los autores señalan que en España también existe discordancia entre lo recomendado por las guías clínicas y lo realizado en la práctica cotidiana, y sugieren que el alejamiento de las normas puede conllevar una evolución desfavorable. El aspecto más preocupante está en relación con la fase prehospitala-

ria de la enfermedad y consiste en la toma indiscriminada de antibióticos antes de la práctica de cultivos, lo que ocurrió en 19 de los 34 pacientes analizados. Esto indica, por una parte, una práctica médica incorrecta muy generalizada, como administrar antibióticos ante fiebre de cualquier origen; y, por otra, una clara falta de sospecha diagnóstica, lo cual puede ser explicable y difícilmente mejorable dada la rareza de la endocarditis y sus múltiples formas de presentación.

Una vez en el hospital, en la etapa de diagnóstico se procedió, a mi entender, de forma bastante más correcta. De los datos presentados se deduce que quizá deba insistirse más en la práctica de ecocardiografía transesofágica siempre que surjan dudas diagnósticas razonables y en todos los casos de endocarditis de riesgo. En cuanto al tratamiento, tanto médico como quirúrgico, no parece haber adolecido de incorrecciones graves. La mayoría de focos de entrada fueron tratados, y los errores en la administración de antibióticos fueron sobre todo del tipo del exceso de tratamiento y probable poca vigilancia de la toxicidad. Las indicaciones de cirugía fueron asimismo correctas, ya que el caso en que se juzga la actuación como incorrecta es probablemente discutible (paciente con lesión cerebral grave)<sup>6</sup>. Los autores señalan con acierto que más que las indicaciones de cirugía, la dificultad en la endocarditis es realizar la intervención en el momento más adecuado, lo cual no siempre es fácil de decidir. De todas formas, si bien no hay guías al respecto, sí existen datos claros en la bibliografía desde hace tiempo que sugieren que si la decisión de operar se establece, la cirugía debe realizarse sin demora<sup>7,8</sup>. Una vez más estos hechos ponen de manifiesto que ante una enfermedad tan extremadamente compleja las guías de práctica clínica son un instrumento de gran utilidad, pero no eximen de un juicio individual metódico.

En mi opinión, este trabajo demuestra con claridad que la actuación médica a nivel hospitalario, si bien es mejorable, también es globalmente aceptable según nuestros conocimientos de la enfermedad. Esto no significa que no deba insistirse en perfeccionar en lo posible las actuaciones terapéuticas. En este sentido,

**VER ARTÍCULO EN PÁGS. 793-800**

Full English text available at: [www.revespcardiol.org](http://www.revespcardiol.org)

comparto totalmente con los autores, y de hecho así lo hacemos en el Hospital Vall d'Hebron, la necesidad de un equipo especializado en cada hospital terciario dedicado al tratamiento de estos pacientes. De esta manera el grado de cumplimiento de las guías de actuación terapéutica sin duda mejoraría y, además, podrían consensuarse con rapidez decisiones en ocasiones muy difíciles de tomar. Concretamente, las indicaciones quirúrgicas y la práctica de la cirugía se realizarían sin duda con menor demora.

Comparto también con los autores el escepticismo en cuanto a la prevención de la enfermedad y al diagnóstico precoz, sobre todo en los pacientes sin cardiopatía predisponente. No creo que destinar recursos y esfuerzos a mejorar las normas de profilaxis antibiótica tenga sentido, ya que es cuestionable el papel protector de la profilaxis<sup>9</sup> y, por otra parte, incluso considerándola de cierta eficacia, ayudaría únicamente a pacientes con cardiopatías predisponentes y con infecciones estreptocócicas. Ya hemos comentado que este tipo de pacientes representa un pequeño porcentaje de los casos de endocarditis que se dan en la actualidad. En cambio, sí creo, de acuerdo con los autores, en la necesidad de instruir a los pacientes cardiopatas sobre las normas de actuación en caso de fiebre (no tomar antibióticos en ausencia de focalidad infecciosa y practicar hemocultivos).

También es probable que extremar los cuidados en la instrumentación médica y el manejo de las vías venosas en pacientes de riesgo (pacientes diabéticos, en programas de diálisis, portadores de cardiopatías)<sup>10</sup> pueda conseguir disminuir el creciente número de endocarditis nosocomiales graves. Tampoco hay duda de que debe ser un empeño constante seguir difundiendo a toda la clase médica la necesidad de no utilizar antibióticos de amplio espectro de forma indiscriminada ante cuadros febriles sin focalidad infecciosa clara y de realizar hemocultivos antes de utilizarlos si el cuadro febril persiste.

El presente trabajo ilustra también de una manera muy clara que las endocarditis que se diagnostican en la actualidad en el medio hospitalario son muy graves: 15 de los 34 pacientes presentaban otras enfermedades importantes, únicamente 13 pacientes estaban infectados por *S. viridans*, siendo los agentes etiológicos restantes muy agresivos (estafilococos, *S. agalactiae*, *S. faecalis*), y únicamente 11 pacientes se sabían portadores de una lesión valvular cardíaca. Estos hechos contribuyen, sin duda en gran manera, a explicar la mortalidad observada, del 29%, similar a series recien-

tes y superponible a la de nuestra experiencia en los últimos cinco años. Por otra parte, la gravedad de los casos de endocarditis que se diagnostican en la actualidad supone un reto adicional que obliga a extremar la excelencia en el tratamiento de los pacientes.

Trabajos como el que se presenta aquí ilustran a mi entender uno de los objetivos principales de la investigación clínica: la reflexión sobre las propias actuaciones médicas, para así poner en evidencia los errores y mejorar, si es posible, los resultados de las terapias. A mi juicio, el principal interés de este trabajo radica en el valor cualitativo del tipo de información aportada y el espíritu crítico que revela, independientemente del instrumento escogido para interpretar cuantitativamente los hallazgos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mylonakis E, Calderwood SB. Infective endocarditis in adults. *N Engl J Med* 2001;345:1318-30.
2. Bonow RO, Carabello B, De Leon AC Jr, Edmunds LH Jr, Fedderly BJ, Freed MD, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on management of patients with valvular heart disease). *J Am Coll Cardiol* 1998;32:1486-588.
3. Valles F, Anguita M, Escribano P, Pérez Casar F, Pousibet H, Tornos P, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en endocarditis. *Rev Esp Cardiol* 2000;53:1384-96.
4. Delahaye F, Rial MO, De Gevigney G, Ecochard R, Delaye J. A critical appraisal of the quality of the management of infective endocarditis. *J Am Coll Cardiol* 1999;33:788-93.
5. González de Molina M, Fernández-Guerrero JC, Azpitarte J. Endocarditis infecciosa: grado de discordancia entre lo recomendado por las guías clínicas y lo realizado en la práctica. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:793-800.
6. Piper C, Wiemer M, Schulte HD, Horskotte D. Stroke is not a contraindication for urgent valve replacement in acute infective endocarditis. *J Heart Valve Dis* 2001;10:703-12.
7. Tornos MP, Álvarez A, Morillo F, Planes A, Permanyer G, Soler Soler J. Timing of surgery in active infective endocarditis. *Eur Heart J* 1987;8(Suppl 2):8.
8. Alexiou CH, Langley SM, Stafford H, Lowes JA, Livesey SA, Monro JL. Surgery for active culture-positive endocarditis: determinants of early and late outcome. *Ann Thorac Surg* 2000;69:1448-54.
9. Van der Meer JT, Van Wijk W, Thompson J, Vanderbroucke JP, Valkenburg HA, Michel MF. Efficacy of antibiotic prophylaxis for prevention of native-valve endocarditis. *Lancet* 1992;339:135-9.
10. Strom BL, Abrutyn E, Berlin JA, Kinman JL, Feldman RS, Stolley P, et al. Risk factors for infective endocarditis. Oral hygiene and non dental exposures. *Circulation* 2000;102:2842-8.