

## PROFILAXIS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO. ESTUDIO AVALA SU USO Y LAS DEFICIENCIAS EN PRÁCTICA CLÍNICA.

*Autor: Marcos García Aguado*

*Fecha de publicación: 26/08/2022*

*Patología: Miscelánea / Categoría: Controversia*

*Tiempo de lectura: 3 minutos*



*Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen enlaces a la evidencia científica en la que se sustenta.*

Las recomendaciones de profilaxis de endocarditis infecciosa (EI) están rodeadas de cierta controversia. Tanto la **Asociación Americana del corazón** (año 2019) como la **Sociedad Europea de Cardiología** (año 2015) recomiendan el tratamiento profiláctico con antibióticos antes de determinados procedimientos dentales en pacientes considerados de alto riesgo de endocarditis infecciosa: pacientes con válvulas cardiacas protésicas (*biológicas o mecánicas, por cirugía o por técnica percutánea*) o pacientes con reparación valvular cardiaca con implantación de material protésico, y en aquellos con un episodio previo de endocarditis infecciosa. También se debe considerar la profilaxis en los pacientes con cardiopatías congénitas cianóticas o en las reparaciones con material protésico hasta 6 meses del procedimiento y de por vida si queda algún shunt residual o insuficiencia valvular.

Las guías europeas y americanas excluyeron la recomendación de profilaxis para el resto de las situaciones, como las valvulopatías que tienen un riesgo de EI intermedia (*estenosis aórtica, válvula aórtica bicúspide, prolapso valvular mitral, miocardiopatía hipertrófica...*). En cambio, si recomiendan que en todos los pacientes con riesgo de EI, tanto alto como intermedio, una higiene dental y cutánea elevada, algo que deberían extrapolarse a la población general: revisión dental dos veces al año para alto riesgo de EI y una vez al año para el resto de población, desinfección de las heridas, eliminación de bacterias crónicas

en portadores, antibióticos curativos para cualquier foco de infección bacteriana y medidas estrictas de control de infección en cualquier procedimiento de riesgo, desaconsejar los piercings y tatuajes, y limitar el uso de catéteres de infusión y procedimientos invasivos siempre que sea posible, prefiriendo los catéteres periféricos a los centrales, sustituyéndolos sistemáticamente cada 3-4 días.

Estas guías europeas y americanas remarcan que las recomendaciones de profilaxis de EI para procedimientos dentales deben incluir aquellos con manipulación de la región gingival o periapical del diente o la perforación de la mucosa oral. En el resto de los procedimientos dentales se desaconseja la profilaxis.

Estas recomendaciones se mantienen sin modificación en las últimas guías europeas de valvulopatías de la **Sociedad Europea de Cardiología** publicadas en 2022.

Las guías reconocen que las recomendaciones se sustentan en evidencia científica de baja calidad, basada en consenso de expertos y en pequeños estudios o estudios retrospectivos. Esto genera controversia, cuyo máximo se alcanzó en 2008 con la publicación de las guías **NICE**, que no recomiendan profilaxis de EI, algo que mantienen, tal y como se puede ver en su última actualización de 2015.

Por ello, cualquier nuevo estudio científico que pueda enriquecer nuestro arsenal de evidencia, es bienvenido. El estudio al que hace referencia este [post de CARPRIMARIA](#), recientemente publicado, con una cohorte de 7.95 millones de jubilados de EE. UU, y 3774 pacientes que habían sido ingresados por EI y se sometieron a procedimientos dentales, *(por tanto, pacientes de alto riesgo en los que se debe considerar la profilaxis de EI, según directrices europeas y americanas)* demostró que los pacientes de alto riesgo de EI tenían tasas más altas de EI. El estudio utilizó una doble metodología y los resultados fueron congruentes, además se considera un estudio con alta calidad de sus datos.

Este estudio demostró que los pacientes con alto riesgo de EI tenían tasas más altas de EI al mes de ser sometidos a procedimientos dentales, en comparación con los pacientes con un riesgo menor. Los datos son abrumadores, 467.6 casos por millón en los pacientes de alto riesgo frente a 24.2 por millón en los de riesgo moderado y 3.8 por millón en los de bajo riesgo. En subanálisis, los pacientes que se sometieron a extracciones dentarias presentaron un HR de 9.22 (IC 95%, 5.54-15.88 con  $p<0.0001$ ), y los pacientes con procedimientos quirúrgicos orales presentaron un HR de 20.18 (IC 95%, IC 11.22-37.74). Estos apoyarían la recomendación de profilaxis de EI de las directrices europeas y americanas, y no las del Reino Unido **NICE**.

Otro punto de interés del estudio es que el **67.4%** de los pacientes con alto riesgo de EI que se sometían a procedimientos dentales con riesgo, no recibieron profilaxis.

Es cierto que el estudio es observacional, pero no parece posible realizar estudios de tipo aleatorizado por problemas éticos..

La conclusión: los datos apoyan la recomendación de la profilaxis de EI en pacientes de alto riesgo para procedimientos dentales de riesgo. Pero también se demuestra una mala praxis en vida real. Es fundamental que todos los actores implicados en el seguimiento de patologías crónicas trabajen en equipo, con un papel preponderante para la atención primaria, vital para conseguir una mayor adherencia a las medidas recomendadas.



Ilustración 1. Falta de adherencia de medidas preventivas. Preocupante.

## REFERENCIAS

[J Am Coll Cardiol. 2022 Aug 6; S0735-1097\(22\)05537-1](#)