

Prevención de la endocarditis infecciosa: algunas respuestas y nuevos interrogantes

FRANCISCO NACINOVICH¹, J. HORACIO CASABÉ^{MTSAC, 2}, SERGIO VARINI^{MTSAC, 3}

En el mes de mayo de 2007, la *American Heart Association* (1) publicó las nuevas guías para la prevención de la endocarditis infecciosa (EI). Este documento representa la 10^a edición desde las primeras recomendaciones publicadas en 1955 y actualiza la de 1997 con cambios significativos en las medidas de prevención.

Desde la primera reunión de trabajo, los autores consideraron los grupos de riesgo que podían beneficiarse con profilaxis antibiótica sobre la base de criterios clínicos sostenidos en la razonable suposición de que si aquéllos sufrían un episodio de EI, éste podía ocasionar mayor morbilidad y mortalidad. Sin embargo, y a la luz de las evidencias disponibles en la actualidad, los integrantes del grupo de trabajo han considerado oportuno restringir los grupos de riesgo a cinco escenarios (Tabla 1) que comprenden a aquellos individuos que serían los más beneficiados con las medidas de prevención, en particular (aunque no exclusivamente) con la administración de antibióticos antes de procedimientos que involucren las barreras mucocutáneas con especial referencia a las maniobras odontológicas.

Los cambios de conceptos más importantes de esta nueva guía son los siguientes:

- Aun si la profilaxis fuera el 100% efectiva, sólo un pequeño número de los casos de EI se pueden prevenir con antibióticos antes de procedimientos odontológicos.
- Para los pacientes con enfermedades subyacentes (Tabla 1) se recomienda la profilaxis antibiótica ante la realización de procedimientos que involucren la manipulación de la mucosa gingival o la región periapical de los dientes así como la perforación de la mucosa oral. No incluyen la administración de anestesia, la colocación de aparatos dentales y el sangrado por trauma.
- La profilaxis antibiótica no está recomendada simplemente por el incremento del tiempo de riesgo de adquirir EI.
- No se recomienda la profilaxis antibiótica en los pacientes que vayan a ser sometidos a procedimientos gastrointestinales (GI) o genitourinarios (GU), salvo en los grupos detallados en la Tabla 1 y en aquellos en los que se sospeche o esté confirmada una infección activa o estén colonizados por espe-

cies de *Enterococcus*. En estos casos, y aunque se encuentren recibiendo tratamiento antibiótico, los autores creen que es razonable incluir como profilaxis antibióticos que sean útiles contra especies de *Enterococcus* (p. ej., penicilina, ampicilina/amoxicilina, piperacilina, vancomicina/teicoplanina).

¿Cuáles son los aportes de este nuevo documento?

Lo primero que se advierte, indudable desde una mirada práctica, es que simplifica notablemente las recomendaciones previas, lo cual hace más sencillos tanto la identificación de los grupos de riesgo (obviando la clasificación anterior en alto, moderado y bajo riesgo) como los procedimientos de riesgo (principalmente los odontológicos) y las opciones de profilaxis antibiótica posibles en cada escenario. Este pragmatismo facilitará enormemente la labor de los profesionales médicos y odontólogos en el asesoramiento de las medidas de prevención para aquellos grupos que pueden beneficiarse con ellas ante determinados procedimientos.

En segundo lugar, a partir de estos nuevos criterios, se considerarán probables candidatos a la prevención con antibióticos no aquellos con mayor posibilidad de padecer EI durante su vida (los portadores de enfermedades subyacentes), sino aquellos que al padecer un episodio de EI tendrán una evolución más complicada de la enfermedad, es decir aquellas situaciones asociadas con un riesgo más elevado de mala evolución y mal pronóstico. Esta sugerencia explica, por ejemplo, por qué ya no deberían recibir profilaxis los pacientes con prolapso de válvula mitral.

El otro aspecto destacable es que en las guías por primera vez las recomendaciones se clasifican de acuerdo con el nivel de evidencia disponible: de tipo IIb B (maniobras odontológicas), IIb C (procedimientos respiratorios) y III C (procedimientos GI y GU). De este modo, el grupo de trabajo está en condiciones de afirmar, tal como lo hace en varios pasajes del documento, que la evidencia actualmente disponible es muy débil como para sostener las recomendaciones previas. Sin embargo, también advierte que estas guías son sugerencias, por lo que dejan la puerta abierta para que cada profesional juzgue según su criterio y en cada situación individual la necesidad o no de administrar profilaxis antibiótica.

^{MTSAC} Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología

¹ Jefe de Infectología del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA)

² Médico Consultor del Hospital Universitario Fundación Favaloro

³ Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital del Centro Gallego de Buenos Aires

Tabla 1. Enfermedades cardíacas subyacentes asociadas con mayor riesgo de mal pronóstico y en las cuales se recomienda el tratamiento profiláctico con antibióticos en los procedimientos dentales [tomado de ref. (1)]

Válvula protésica
Endocarditis infecciosa previa
Cardiopatía congénita (cortocircuitos izquierda-derecha con cianosis, con cortocircuitos o conductos paliativos o sin ellos)
Cardiopatías congénitas corregidas (por catéter o cirugía) con parche o dispositivo protésico, durante los 6 meses siguientes al procedimiento (tiempo necesario para la endotelización)
Cardiopatías congénitas corregidas con defectos residuales a nivel del parche o dispositivo protésico (la endotelización está inhibida)
Pacientes con trasplante cardíaco que desarrollan una valvulopatía

Finalmente, los expertos insisten en la importancia de mantener una higiene apropiada de la cavidad oral para evitar la aparición de parodontosis, con el objeto de disminuir la frecuencia de bacteriemias derivadas de actividades de la rutina diaria (como masticar, mascar chicles, etc.); esto puede ser un mecanismo de prevención más impactante que la administración ocasional de antibióticos antes de determinados procedimientos.

Es innegable que estas nuevas recomendaciones han suscitado al menos sorpresa, si no cierta preocupación, entre los médicos y odontólogos, preocupación que probablemente se extienda en el futuro también a los pacientes, en especial a aquellos acostumbrados a recibir profilaxis antibiótica antes de algún tipo de procedimiento, ya sea odontológico, respiratorio, GI o GU. Explicarles ahora que no necesitan recibir nada no será precisamente una tarea sencilla. A tal punto es así que el grupo de expertos, a sabiendas de la posibilidad del potencial impacto que pueden tener estas guías, detalla en un apartado los argumentos que debe esgrimir el profesional para explicar la nueva postura.

El documento dedica un extenso espacio para explicitar el sustrato fisiopatológico de las nuevas recomendaciones, en particular lo relativo a las maniobras odontológicas. Pero también es cierto, por otra parte, que todos estos cambios no están avalados por una evidencia firme. Ejemplos de ello son, por un lado, la inclusión de la azitromicina como alternativa de profilaxis en procedimientos dentarios en los pacientes alérgicos a la penicilina cuando se sabe que es una droga que tiene muy bajas concentraciones séricas y, por otro, la recomendación de administrar profilaxis con antibióticos útiles contra especies de *Staphylococcus* en cirugías que involucren la piel y los tejidos blandos (clase IIb C) que no figuraba en las recomendaciones de 1997.

Es interesante señalar, desde otro punto de vista, que de acuerdo con resultados obtenidos en el grupo

de estudio cooperativo del ICE (*International Collaboration on Endocarditis*), pronto a publicarse, casi el 60% de las endocarditis de válvula nativa en los Estados Unidos se originan como consecuencia de los denominados cuidados de la salud (*healthcare-associated endocarditis*) en los cuales el microorganismo predominante es *S. aureus*. También es una realidad que cada vez se registran más episodios de endocarditis vinculados a procedimientos llevados a cabo fuera del ámbito hospitalario (p. ej., tatuajes y *piercing*, entre otros) que, curiosamente, no están sujetos a regulaciones sanitarias en casi ningún lugar del mundo. ¿Serán éstos nuevos grupos de riesgo para considerarlos candidatos a recibir profilaxis antibiótica? ¿Habrá que tener en cuenta otros “procedimientos de riesgo” en pacientes potencialmente vulnerables (p. ej., hemodializados) que deban recibir profilaxis antibiótica? ¿A qué costo, si así fuera, en insumos y en impacto epidemiológico (p. ej., selección de microorganismos resistentes) se debería asumir esta eventual estrategia?

Sería óptimo, para responder a tantas inquietudes, la puesta en marcha de estudios clínicos, aleatorizados y controlados. Pero es poco probable que esto se lleve a cabo si se tiene en cuenta el enorme tamaño de la muestra necesaria para sacar conclusiones y la falta de un auspiciante por el alto costo de realización de un proyecto de este tipo y el poco rédito económico cualquiera que sea el resultado del ensayo. Por ello, y hasta tanto sea posible contar con esos estudios, es importante destacar que es impostergable la tarea educativa de los médicos para con sus pacientes, con insistencia fundamentalmente en el cuidado de la boca y la higiene dental, así como la recomendación de la profilaxis antibiótica a los grupos que sin duda pueden beneficiarse (Tabla 1) y el esfuerzo en realizar cualquier procedimiento invasivo según las normas establecidas para evitar complicaciones infecciosas que pueden resultar deletéreas para el paciente.

Trabajando en este sentido, la Sociedad Argentina de Cardiología fijó su posición desde el año 1995 con la publicación de las normas de prevención de la EI en su *Revista* que reflejan la conducta habitual de esa década. (2) Posteriormente fueron actualizadas y publicadas también en la *Revista Argentina de Cardiología* en colaboración con la Sociedad Argentina de Infectología como parte del Consenso de Endocarditis Infecciosa. (3)

A partir de estas nuevas recomendaciones que hoy comentamos en este artículo creemos que sería oportuno que las principales sociedades científicas vinculadas especialmente al cuidado de pacientes con enfermedades cardiovasculares (Sociedad Argentina de Cardiología, Sociedad Argentina de Infectología, Sociedad Argentina de Medicina Interna, entre otras) adopten una postura conjunta y establezcan o actualicen las recomendaciones ya existentes para el manejo de la profilaxis de la EI en nuestro medio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al; American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee; American Heart Association Council on Cardiovascular Disease in the Young; American Heart Association Council on Clinical Cardiology; American Heart Association Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation* 2007;116:1736-54.
2. Sampo EA, Barisani JL, Hershon AR, Pellegrini C, Rey R, Pérez de la Hoz R y col. Normas de prevención de la endocarditis infecciosa. *Rev Argent Cardiol* 1995;61:271-5.
3. Sociedad Argentina Cardiología y Sociedad Argentina de Infectología. Consenso de Endocarditis Infecciosa. *Rev Argent Cardiol* 2002;70(suppl 5).