

Análisis de la situación de la profilaxis de la endocarditis infecciosa en odontología tras casi una década de guías de práctica clínica. Respuesta



Paula Anguita^{a,b}, Juan C. Castillo^a, Manuela Herrera^c y Manuel Anguita^{a,b,*}

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^bInstituto Cardiodental, Córdoba, España

^cFacultad de Odontología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: manuelanguita@secardiologia.es (M. Anguita).

On-line el 3 de septiembre de 2018

Prophylaxis of Infective Endocarditis in Dentistry: Analysis of the Situation After Almost a Decade of Clinical Practice Guidelines. Response

Sr. Editor:

Agradecemos el interés y los comentarios de Silva Conde et al. sobre nuestro artículo¹. Efectivamente, dichos autores publicaron en 2012 un artículo en *Revista Española de Cardiología* sobre el seguimiento de las recomendaciones de profilaxis de endocarditis infecciosa (EI) por los odontólogos², con resultado similar al nuestro, realizado 6 años después¹. De hecho, citamos este trabajo en un estudio previo en el que comparábamos las conductas ante la profilaxis de EI de distintos profesionales sanitarios (dentistas, médicos de atención primaria y cardiólogos) en Córdoba³.

Es importante evitar indicaciones de profilaxis para pacientes sin ninguna indicación para ella (fibrilación auricular, stents, bypass aortocoronario). Sin embargo, con respecto a otras situaciones como las lesiones valvulares nativas o el prolapso mitral, pensamos que hay que ser más cautos, pues varios estudios muy recientes^{4,5} señalan que el riesgo de EI en estas situaciones es alto. En un estudio español⁵, la incidencia de EI por *Streptococcus viridans* fue mayor en pacientes con válvula aórtica bicúspide y prolapso mitral que en aquellos con afecciones de alto o moderado riesgo. Otro estudio incluso indica que la incidencia de EI tras procedimientos invasivos (transfusiones, cirugía coronaria, broncoscopia, diálisis) es alta⁴, lo que contrasta con las recomendaciones actuales de las guías.

Por lo tanto, hay que evitar el abuso de antibióticos en situaciones claramente sin riesgo, pero hay que ser cautos ante la nueva evidencia de que el riesgo de contraer EI en enfermedades cardíacas con riesgo moderado (fundamentalmente lesiones valvulares y cardiopatías congénitas) puede ser más alto de lo hasta ahora conocido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anguita P, Anguita M, Castillo JC, Gámez P, Bonilla V, Herrera M. Are dentists in our environment correctly following recommended guidelines for prophylaxis of infective endocarditis? *Rev Esp Cardiol.* 2019;72:86-88.
2. Torres F, Renilla A, Flórez JP, Secades S, Benito EM, de la Hera JM. Knowledge of infective endocarditis prophylaxis among Spanish dentists. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:1134-1135.
3. Castillo F, Castillo JC, Anguita P, Roldán R, Gámez P, Anguita M. Do we follow recommendations on infective endocarditis prophylaxis? Differences between health professionals involved. *Aten Primaria.* 2017;49:198-200.
4. Janzky I, Gemes K, Ahnve S, Asgeirsson H, Moller J. Invasive procedures associated with development of infective endocarditis. *J Am Coll Cardiol.* 2018. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.03.532>
5. Zefri-Reiriz I, deAlarcon A, Muñoz P, et al. Infective endocarditis in patients with bicuspid aortic valve or mitral valve prolapse. *J Am Coll Cardiol.* 2018;71:2731-2740.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.07.005>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.07.012>

0300-8932/

© 2018 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Cardiología.

Anticoagulación oral en pacientes con fibrilación auricular e insuficiencia renal terminal: ¿qué es lo más apropiado?



Use of Oral Anticoagulation for Patients With Atrial Fibrillation and End-stage Renal Disease: What Is Needed Nowadays?

Sr. Editor:

Los pacientes con fibrilación auricular (FA) e insuficiencia renal terminal (IRT) están expuestos a un mayor riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular. Sin embargo, aún hay cierta controversia sobre la conveniencia de pautar anticoagulación a estos pacientes debido al alto riesgo hemorrágico que conlleva. Mahmood y Lip han publicado en *Revista Española de Cardiología* un artículo sobre el tratamiento anticoagulante administrado a pacientes con IRT¹, del que es preciso puntualizar ciertas cuestiones.

Aunque está muy extendido el uso de la escala CHA₂DS₂-VAS_C para la predicción del riesgo de ictus isquémico de los pacientes con FA, todavía no se ha comprobado su validez en el caso de la IRT con FA. Tampoco han demostrado valor añadido algunos de los algoritmos de puntuación de riesgo propuestos, que incluían la variable de nefropatía crónica en el modelo, como es el caso de la escala R₂CHADS₂². En un estudio reciente, Chao et al.³ han puesto de manifiesto la utilidad de la puntuación CHA₂DS₂-VAS_C para predecir ictus isquémico en los pacientes con FA e IRT. No obstante, dichos autores apuntaban que el tratamiento anticoagulante es recomendable siempre que estos pacientes alcancen una puntuación ≥ 6 en la escala CHA₂DS₂-VAS_C, pues se exponen a un mayor riesgo

hemorrágico. A la vista de los resultados de los citados estudios, urge diseñar una escala específica para pautar la anticoagulación de los pacientes con FA e IRT. En el caso de emplearse la puntuación CHA₂DS₂-VAS_C, conviene seguir investigando sobre el punto de corte idóneo para la recomendación de la anticoagulación en la IRT.

En el artículo de Mahmood y Lip se afirma que es mayor el número de datos concluyentes que respaldan el uso de la warfarina en los pacientes con AF e IRT. Sin embargo, ciertos estudios observacionales han demostrado que el empleo de la warfarina no se asocia con una reducción del riesgo de accidentes cerebrovasculares o de la mortalidad de los pacientes con FA e IRT, sino con un mayor riesgo hemorrágico⁴. La escasez de datos sobre la calidad del tratamiento anticoagulante con warfarina (p. ej., el tiempo en rango terapéutico) sería un posible factor de confusión de estos estudios. Además, en la práctica clínica real, el objetivo de tiempo en rango terapéutico es difícil de alcanzar en el caso de los pacientes con IRT. Actualmente, debido a la ausencia de datos fiables, la *European Heart Rhythm Association* no facilita ninguna recomendación⁵, mientras que el grupo de consenso *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO)⁶ alerta sobre la administración sistemática de anticoagulantes orales a los pacientes con FA e IRT. A falta de ensayos clínicos controlados y aleatorizados, el tratamiento anticoagulante (con warfarina o cualquier nuevo anticoagulante oral no antagonista de la vitamina K) para los pacientes con FA e IRT es todavía objeto de debate.

Hoy en día la *Food and Drug Administration* estadounidense autoriza el uso de apixabán solo cuando está indicado para pacientes con FA e