

## 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<sup>a,b</sup>, Juan C. Castillo<sup>a</sup>, Manuela Herrera<sup>c</sup> y Manuel Anguita<sup>a,b,\*</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

<sup>b</sup>Instituto Cardiodental, Córdoba, España

<sup>c</sup>Facultad de Odontología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

\* Autor para correspondencia:

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

On-line el 3 de septiembre de 2018

## 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.

### Sr. Editor:

Agradecemos el interés y los comentarios de Silva Conde et al. sobre nuestro artículo<sup>1</sup>. 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 odontólogos<sup>2</sup>, con resultado similar al nuestro, realizado 6 años después<sup>1</sup>. 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 Córdoba<sup>3</sup>.

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<sup>4,5</sup> señalan que el riesgo de EI en estas situaciones es alto. En un estudio español<sup>5</sup>, 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 alta<sup>4</sup>, 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.

## 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 IRT<sup>1</sup>, del que es preciso puntualizar ciertas cuestiones.

Aunque está muy extendido el uso de la escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAS<sub>C</sub> 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 R<sub>2</sub>CHADS<sub>2</sub><sup>2</sup>. En un estudio reciente, Chao et al.<sup>3</sup> han puesto de manifiesto la utilidad de la puntuación CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAS<sub>C</sub> 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  $\geq 6$  en la escala CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAS<sub>C</sub>, 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 CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAS<sub>C</sub>, 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 hemorrágico<sup>4</sup>. 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 recomendación<sup>5</sup>, mientras que el grupo de consenso *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO)<sup>6</sup> 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

IRT, pero no en otros contextos. Un estudio de cohortes retrospectivo no mostró diferencias en el riesgo de accidente cerebrovascular entre el apixabán y la warfarina, aunque el primero se asoció con un menor riesgo de hemorragias mayores<sup>7</sup>. Como se indica en el artículo de Mahmood y Lip, están en marcha 3 ensayos clínicos controlados y aleatorizados<sup>4</sup>, RENAL-AF y AXADIA, que evalúan la seguridad y la eficacia del apixabán frente a la warfarina o el fenprocumón respectivamente. No obstante, ninguno de los ensayos mencionados ha incluido un grupo de control sin anticoagulación oral, lo cual es necesario para comprobar si el tratamiento anticoagulante resulta beneficioso a tales pacientes. Se considera esencial esperar al análisis de los resultados que se obtengan del estudio *Oral Anticoagulation in Haemodialysis Patients (AVKDIAL)*, donde se evaluarán los riesgos hemorrágico y trombótico de los antagonistas de la vitamina K comparados con la ausencia de anticoagulación entre los pacientes con FA que se encuentran en hemodiálisis.

En conclusión, atendiendo a la gran incertidumbre y los resultados contradictorios acerca de la anticoagulación en los pacientes con FA e IRT, se reivindica: a) el diseño de sistemas de puntuación destinados específicamente a la predicción de accidentes cerebrovasculares y hemorragias, y b) la necesidad de ensayos clínicos controlados y aleatorizados que evalúen la relación beneficio-riesgo de la anticoagulación comparada con el placebo, en vez de comparar varios anticoagulantes orales entre sí en dicha población de pacientes.

## CONFLICTO DE INTERESES

Y. Huang ha recibido ayudas a la investigación de la Fundación Nacional de Ciencias Naturales de China (n.º: 81600239) y del Fondo de Investigación Científica de Foshan (China) (n.º: 2016AB003353). Los demás autores no manifiestan ningún conflicto de intereses.

Jun Li, Xinyue Liu, Sulin Zheng e Yuli Huang\*

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



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

#### Sr. Editor:

Agradecemos a Huang et al. su interés en nuestra revisión<sup>1</sup>. Los pacientes en diálisis de todos los estratos de riesgo de la puntuación CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC tienen mayor riesgo de ictus<sup>2</sup>, pero esta puntuación validada sigue siendo la más exacta en la predicción del ictus isquémico, y puede considerarse el uso de warfarina, en especial para los pacientes con alto riesgo<sup>3</sup>. Es preciso encontrar un equilibrio con los factores de riesgo hemorrágico, pero el beneficio neto suele ser favorable, sobre todo con un buen uso de la warfarina.

Los pacientes con fibrilación auricular y enfermedad renal terminal (ERT) han sido excluidos de los ensayos de los anticoagulantes orales no antagonistas de la vitamina K; por consiguiente, toda posible recomendación de las autoridades reguladoras carece de evidencia basada en ensayos clínicos. La warfarina puede reducir el riesgo de ictus isquémico, si bien esta es una cuestión controvertida<sup>4</sup>, ya que la hemorragia grave es frecuente en la ERT. Una advertencia importante es que en los estudios previos se tuvo en cuenta de manera diversa la calidad del control de la anticoagulación, como se aprecia en la permanencia en rango terapéutico, y una larga permanencia en rango terapéutico se asocia con buena evolución en la ERT.

Por lo tanto, es necesario un enfoque individualizado de la asistencia al paciente, si bien los beneficios de reducción de los

Department of Cardiology, Shunde Hospital (First People's Hospital of Shunde), Southern Medical University, Shunde District, Foshan, China

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [hyuli821@163.com](mailto:hyuli821@163.com) (Y. Huang).

On-line el 31 de octubre de 2018

## BIBLIOGRAFÍA

- Mahmood M, Lip GYH. Nonvitamin K Oral Anticoagulants in Patients With Atrial Fibrillation and Severe Renal Dysfunction. *Rev Esp Cardiol*. 2018;71:847-855.
- Roldán V, Marín F, Manzano-Fernandez S, et al. Does chronic kidney disease improve the predictive value of the CHADS<sub>2</sub> and CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC stroke stratification risk scores for atrial fibrillation? *Thromb Haemost*. 2013;109:956-960.
- Chao TF, Liu CJ, Wang KL, et al. Incidence and prediction of ischemic stroke among atrial fibrillation patients with end-stage renal disease requiring dialysis. *Heart Rhythm*. 2014;11:1752-1759.
- Van Der Meersch H, De Bacquer D, De Vriese AS. Vitamin K antagonists for stroke prevention in hemodialysis patients with atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis. *Am Heart J*. 2017;184:37-46.
- Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M, et al. Updated European Heart Rhythm Association practical guide on the use of non-vitamin-K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation: Executive summary. *Eur Heart J*. 2017;38:2137-2149.
- Herzog CA, Asinger RW, Berger AK, et al. Cardiovascular disease in chronic kidney disease. A clinical update from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney Int*. 2011;80:572-586.
- Siontis KC, Zhang X, Eckard A, et al. Outcomes Associated with Apixaban Use in End-Stage Kidney Disease Patients with Atrial Fibrillation in the United States. *Circulation*. 2018. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.035418>

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.03.023>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.07.023>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.07.015>

0300-8932/

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

Todos los derechos reservados.

ictus y la mortalidad suelen ser superiores al riesgo de hemorragias graves<sup>5</sup>. Por ejemplo, si un paciente con una ERT estable puede mantenerse en rango terapéutico en al menos el 70% (lo cual es difícil de alcanzar, pero no imposible) y tiene importantes factores de riesgo de ictus (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC ≥ 2) y un riesgo hemorrágico bajo (puntuación HAS-BLED < 3), se puede considerar el uso de warfarina tras un análisis en profundidad de la relación riesgo/beneficio<sup>6</sup>. Debe analizarse por separado a los pacientes en diálisis peritoneal y en hemodiálisis debido a las posibles diferencias en la eliminación de fármacos entre estas 2 modalidades de terapia de sustitución renal.

## CONFLICTO DE INTERESES

G.Y.H. Lip es consultor de Bayer/Janssen, BMS/Pfizer, Medtronic, Boehringer Ingelheim, Novartis, Verseen y Daiichi-Sankyo y ha dictado conferencias para Bayer, BMS/Pfizer, Medtronic, Boehringer Ingelheim y Daiichi-Sankyo; declara no recibir directamente honorario personal alguno derivado de estas actividades.

Maria Mahmood<sup>a</sup> y Gregory Y.H. Lip<sup>a,b,\*</sup>

<sup>a</sup>Institute of Cardiovascular Sciences, University of Birmingham, Birmingham, Reino Unido

<sup>b</sup>Aalborg Thrombosis Research Unit, Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Aalborg, Dinamarca

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [g.y.h.lip@bham.ac.uk](mailto:g.y.h.lip@bham.ac.uk) (G.Y.H. Lip).

On-line el 5 de octubre de 2018