



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

Guía clínica para la prevención de la endocarditis infecciosa

J. Pérez-Lescure Picarzo^{a,*}, D. Crespo Marcos^a, F. Centeno Malfaz^b y
Grupo de Cardiología Clínica de la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y
Cardiopatías Congénitas

^a Área de Pediatría y Neonatología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

^b Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

Recibido el 6 de febrero de 2013; aceptado el 13 de febrero de 2013

Disponible en Internet el 2 de abril de 2013

PALABRAS CLAVE

Endocarditis
infecciosa;
Profilaxis;
Guías clínicas

KEYWORDS

Infective
endocarditis;
Prophylaxis;
Guidelines

Resumen En este artículo se recogen las recomendaciones para la prevención de la endocarditis infecciosa (EI), contenidas en las guías elaboradas por la *American Heart Association* (AHA) y la *European Society of Cardiology* (ESC) a partir de las cuales, se han consensuado las recomendaciones de la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas.

En los últimos años se ha producido un cambio considerable en las recomendaciones para la prevención de la EI, motivado principalmente por la falta de evidencia sobre la eficacia de la profilaxis antibiótica en su prevención y el riesgo de desarrollo de resistencias a los antibióticos utilizados. El cambio principal consiste en una reducción de las indicaciones de la profilaxis antibiótica, tanto en lo relativo a los pacientes como a los procedimientos considerados de riesgo. Las guías de práctica clínica y las recomendaciones deben asistir a los profesionales de la salud en la toma de decisiones clínicas en su ejercicio diario. No obstante, el juicio último sobre el cuidado de un paciente concreto lo debe tomar el médico responsable.

© 2013 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Clinical guidelines for the prevention of infective endocarditis

Abstract This article sets out the recommendations for the prevention of infective endocarditis (IE), contained in the guidelines developed by the American Heart Association (AHA) and the European Society of Cardiology (ESC), from which the recommendations of the Spanish Society of Paediatric Cardiology and Congenital Heart Disease have been agreed. In recent years, there has been a considerable change in the recommendations for the prevention of IE, mainly due to the lack of evidence on the effectiveness of antibiotic prophylaxis in prevention, and the risk of the development of antibiotic resistance. The main change is a reduction of the

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjpllescure@fhacorcon.es (J. Pérez-Lescure Picarzo).

◇ Los miembros del Grupo de Cardiología Clínica de la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas se presentan en el [Anexo 1](#).

indications for antibiotic prophylaxis, both in terms of patients and procedures considered at risk. Clinical practice guidelines and recommendations should assist health professionals in making clinical decisions in their daily practice. However, the ultimate judgment regarding the care of a particular patient must be taken by the physician responsible.

© 2013 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La EI es un proceso inflamatorio de etiología infecciosa que afecta al endocardio y/o las válvulas cardíacas. La incidencia global de la EI varía de 3 a 10 casos/100.000 personas año¹, suponiendo en la población pediátrica 1/1.300 ingresos hospitalarios anuales¹. La mayor parte de niños con EI tienen factores de riesgo para la enfermedad, siendo el más importante la presencia de cardiopatías congénitas, presentes en el 35-50% de los niños con EI². En ausencia de cardiopatía, los catéteres venosos centrales constituyen el principal factor de riesgo³ en niños ingresados en cuidados intensivos, neonatos prematuros, enfermos oncológicos e inmunodeprimidos. En el 8-10% de los niños con EI no se identifican factores de riesgo⁴. La EI es el resultado de una serie de interacciones entre los agentes patógenos vehiculados por la sangre, el endotelio dañado, la fibrina y las plaquetas². La superficie endotelial se lesiona por el flujo turbulento en niños con cardiopatías congénitas o por agresión directa de catéteres centrales en niños sin cardiopatía. Sobre el endotelio dañado se depositan fibrina, plaquetas y hematíes formando un trombo aséptico. Una bacteriemia transitoria, que puede ocurrir en niños normales, condiciona el depósito de agentes patógenos en el trombo con aposición posterior de más fibrina y plaquetas que aíslan el germen de las defensas del huésped permitiendo la proliferación rápida del agente infeccioso y la formación de vegetaciones. Los patógenos más comunes asociados con la EI en niños son *Streptococcus viridans* y *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*). Otros agentes menos frecuentes son *Staphylococcus coagulasa negativo*, *Streptococcus* del grupo A y B, *Escherichia coli*, *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*³.

Profilaxis

La profilaxis de la EI pretende evitar el desarrollo de la enfermedad en pacientes de riesgo cuando son sometidos a procedimientos que pueden originar una bacteriemia. Las recomendaciones de profilaxis antibiótica en niños experimentaron un cambio significativo con las Guías de la *American Heart Association* revisadas en el año 2007⁵ y de la Sociedad Europea de Cardiología del 2009⁶. Uno de los aspectos más novedosos de estas guías consiste en el cambio en la manera de abordar la profilaxis de la enfermedad. Se enfatiza la importancia de una buena higiene oral y la necesidad de ser extremadamente cuidadosos en la asepsia durante la manipulación de catéteres y otros procedimientos invasivos. Estas medidas son, con toda seguridad, más útiles en la prevención de endocarditis relacionadas con microorganismos de la boca o endocarditis nosocomiales que la administración preventiva de antibióticos.

En los niños con cardiopatías congénitas el mantenimiento de una buena higiene oral con visitas regulares al odontólogo es más eficaz que la profilaxis antibiótica convencional en cuanto a la prevención de endocarditis.

Los cambios introducidos por las nuevas recomendaciones, dejando de administrar profilaxis antibiótica a un amplio grupo de pacientes como se venía haciendo hasta ahora, van a modificar la práctica clínica de médicos y dentistas, y la de los propios pacientes habituados a la normativa anterior, por lo que los autores de las guías comprenden a los profesionales que decidan mantener las normas clásicas. Los médicos también pueden temer consecuencias legales en caso de retirar la profilaxis, aunque infundadamente, ya que la adherencia a las guías de práctica clínica reconocidas proporciona una fuerte protección legal⁷.

La Guía europea mantiene el principio de la profilaxis antibiótica cuando se llevan a cabo procedimientos con riesgo de EI en pacientes con cardiopatía predisponente, pero limitando su indicación a pacientes con el mayor riesgo de EI (**tabla 1**) que se sometan a los procedimientos de riesgo más elevado (**tabla 2**).

No hay evidencia de que la bacteriemia que resulta de procedimientos de los tractos respiratorio, gastrointestinal o genitourinario, así como procedimientos dermatológicos o traumatológicos, cause EI. Así, la profilaxis no se recomienda en pacientes que se sometan a tales procedimientos, salvo dentro de los procedimientos de tracto respiratorio, la amigdalectomía y adenoidectomía.

Los objetivos principales de la profilaxis antibiótica son los *Streptococcus* presentes en la flora oral. La **tabla 3** resume los regímenes de profilaxis antibiótica recomendados antes de los procedimientos dentales.

Los pacientes enumerados en la **tabla 1** que se sometan a un procedimiento invasivo del tracto respiratorio, genitourinario o gastrointestinal, o a procedimientos dermatológicos o traumatológicos para tratar *una infección confirmada* (p. ej., abscesos cutáneos o infecciones óseas) deben recibir un régimen antibiótico adecuado en cada caso (**tabla 4**).

En los pacientes sometidos a cirugía cardíaca o vascular y en pacientes de riesgo que se someten a un implante de una válvula protésica o material protésico intravascular u otro tipo de material extraño, se considerará la administración de profilaxis antibiótica perioperatoria debido al elevado riesgo de infección y la posibilidad de evolución negativa. Dado que los microorganismos más frecuentes involucrados son estafilococos coagulasa negativos y *S. aureus*, se deberá seleccionar un régimen antibiótico de acuerdo con los patrones locales de resistencia. La profilaxis se iniciará inmediatamente antes del procedimiento, finalizando 48 h después de la intervención^{1,5,6}. Se recomienda encarecidamente eliminar las fuentes potenciales de la sepsis dental al menos 2 semanas antes del implante de una válvula protésica o de otro material extraño intracardiaco o

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4141533>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4141533>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)