

GRADO DE RECOMENDACIÓN
I: SE RECOMIENDA O INDICA
IIa: DEBE SER CONSIDERADO
IIb: PUEDE SER CONSIDERADO
III: NO SE RECOMIENDA

GRADO DE EVIDENCIA
A: MÚLTIPLES ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS Y/O METAANÁLISIS
B: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO O ENSAYOS NO ALEATORIZADOS
C: CONSENSO DE EXPERTOS, ESTUDIOS PEQUEÑOS, ESTUDIOS RETROSPECTIVOS Y REGISTRO DE CASOS.

BIBLIOGRAFÍA

Australian Commission on safety and quality in health care. Surgical antimicrobial prophylaxis guidelines. Appendix 2: Antibiotic prophylaxis for prevention of endocarditis in high-risk patients. Endorse by South Australian expert Advisory group on Antibiotic Resistance (SAAGAR). Last update December 2021. Consultado enero 2024. Disponible en: Surgical Antimicrobial Prophylaxis Guidelines - Endocarditis (sahealth.sa.gov.au)

Chu VH (2023). "Prevention of endocarditis: Antimicrobial prophylaxis and other measures ". In: Otto, C and Edwards MS (ed), UpToDate, Waltham, WA. [www.uptodate.com] Accessed January 2024

Delgado V, Ajmone Marsan N, de Waha S, *et al*; ESC Scientific Document Group. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. Eur Heart J. 2023 Oct 14;44:3948-4042. doi: 10.1093/eurheartj/ehad193.

Otto CM, Nishimura RA, Bonow RO, *et al*. 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation 2021; 143:e72.

Thornhill MH, Crum A, Campbell R, *et al*. Temporal association between invasive procedures and infective endocarditis. Heart 2023; 109:223.

Vähäsarja N, Lund B, Ternhag A, *et al*. Incidence of infective endocarditis caused by viridans group streptococci in Sweden - effect of cessation of antibiotic prophylaxis in dentistry for risk individuals. J Oral Microbiol 2020; 12:1768342.

Wilson WR, Gewitz M, Lockhart PB, *et al*. Prevention of Viridans Group Streptococcal Infective Endocarditis: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation 2021; 143:e963.

GUÍA DE PROFILAXIS ANTIMICROBIANA Y MEDIDAS PREVENTIVAS EN PACIENTES CON RIESGO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA (EI)

1ª Edición. Enero 2024

AUTORES

✓ Grupo de trabajo sobre Endocarditis Infecciosa

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca - Área I.

- Unidad de Enfermedades Infecciosas

- Elisa García Vázquez
- Alicia Hernández Torres
- José Antonio Herrero Martínez
- Encarnación Moral Escudero
- Aychel Elena Roura Piloto

- Servicios de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

✓ Coordinación Regional IRAS-PROA SMS

- Amaya Jimeno Almazán



RECOMENDACIONES DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA (AB) DE EI:

PACIENTES DE ALTO RIESGO: INDICACIONES DE PROFILAXIS AB EN PROCEDIMIENTOS DENTALES Y NO DENTALES

Paciente con válvula protésica implantada quirúrgicamente o transcáteter (incluidas TAVI y prótesis pulmonares). (I-C)
Historia previa de EI (I-B)
Pacientes con cardiopatías congénitas (CC) cianóticas complejas sin reparar o corregida parcialmente. (I-C)
Cualquier tipo de CC reparada con material protésico en los 6 meses siguientes al procedimiento o de por vida si persiste shunt residual o regurgitación valvular o se implanta material protésico. (I-C)
Pacientes con dispositivos de asistencia ventricular de destino. (I-C)
Valvulopatía en un corazón trasplantado. (IIb-C)
Pacientes con dispositivos de cierre de defectos septales, de orejuela izqda., injertos vasculares, filtros de vena cava y derivaciones V-A durante los 6 primeros meses. (I-C)
Pacientes con reparación transcáteter de válvula mitral y tricúspide. (IIa-C)

PACIENTES DE RIESGO INTERMEDIO: PERSONALIZAR LA NECESIDAD DE PROFILAXIS AB* EN PROCEDIMIENTOS DENTALES (no indicada en procesos NO DENTALES)

Lesiones valvulares reumáticas.
Lesiones valvulares degenerativas.
Anomalías valvulares congénitas, incluida la válvula aórtica bicúspide y el prolapso mitral con insuficiencia.
Dispositivos electrónicos cardiovasculares implantados (MP, DAI).
Miocardiopatía hipertrófica.
Receptores de trasplante cardíaco.

* La profilaxis no está indicada de forma universal en procedimientos dentales. Es muy recomendable considerar su uso si se asocia inmunodepresión o comorbilidades graves o si el procedimiento se realiza en pacientes ingresados o sobre un "sitio infectado" (incisión o drenaje de abscesos, procedimientos sobre piel no intacta, etc.). Consultar con un experto en Enf. Infecciosas.

MEDIDAS HIGIÉNICAS Y CUIDADOS PREVENTIVOS (I-C)

No administrar tratamientos antibióticos en caso de procesos febriles en ausencia de foco o diagnóstico sindrómico. En caso de fiebre >24 h sin foco aparente, REMITIR A HOSPITAL PARA ESTUDIO QUE INCLUYA TOMA DE HEMOCULTIVOS
Higiene bucodental: - Cepillado dental al menos 2 veces/día. Uso de hilo dental - Revisión por odontología 1-2 veces/año
Higiene y cuidados de la piel - Evitar piercings (especialmente en la lengua) y tatuajes - Cuidados tópicos y sistémicos necesarios en caso de lesiones cutáneas (eczema, psoriasis...) - Desinfección de heridas y AB según protocolos de infección de piel y partes blandas.
Limitar si es posible la colocación de catéteres vasculares y la realización de procedimientos invasivos.

PROCEDIMIENTOS QUE PRECISAN PROFILAXIS AB*

DENTALES: todos los que implican manipulación gingival o de la región periapical o perforación de la mucosa oral, es decir, sangrado de la mucosa (extracciones, cirugía periodontal, colocación o manipulación de implantes, apicectomía, reimplantación de dientes avulsionados, biopsias orales, endodoncias, raspado subgingival, alisado radicular). Los procedimientos que causan una incidencia moderada de bacteriemia podrían considerarse para la profilaxis si se realizan múltiples procedimientos, en casos en los que el procedimiento es prolongado o en el contexto de una enfermedad periodontal confirmada. (I)

RESPIRATORIOS* (amigdalectomía, adenoidectomía, broncoscopia con biopsia)

GASTROINTESTINALES* (procedimientos invasivos diagnósticos o terapéuticos). (IIb)

URINARIOS: indicación de urocultivo previo al procedimiento. La infección urinaria y la bacteriuria asintomática por *Enterococcus* spp. debe tratarse antes de cualquier manipulación de la vía urinaria. Si no es posible el tratamiento, deben recibir profilaxis** (IIb)

(*amoxicilina 1 g cada 8 h VO durante 5-7 días (si alergia a penicilina, linezolid 600 mg/c12h)).

CUTÁNEOS Y MUSCULOESQUELÉTICOS*: desbridamiento o drenaje de procesos infecciosos. (IIb)

*La profilaxis AB no está indicada de forma universal en procedimientos NO dentales. Sin embargo, es muy recomendable considerar su uso en pacientes de alto riesgo: si se asocia inmunodepresión o comorbilidades graves o si el procedimiento se realiza en pacientes ingresados o sobre un "sitio infectado" (incisión o drenaje de abscesos, procedimientos sobre piel no intacta, etc.); también en el caso de amigdalectomía, adenoidectomía y en la esclerosis de varices esofágicas. Si dudas, consultar con un experto en Enfermedades Infecciosas.

PAUTAS DE PROFILAXIS AB

Dosis única 1h antes del procedimiento si se administra vía oral o 30 min si vía parenteral

VÍA	ANTIBIÓTICO	DOSIS ADULTO	DOSIS PEDIÁTRICA
Oral	Amoxicilina	2 g	50 mg/kg
No posible vía oral	Ampicilina	2 g iv o im	50 mg/kg iv o im
	Cefazolina o ceftriaxona	1 g iv o im	50 mg/kg iv o im

En caso de alergia a penicilina/ampicilina

Oral*	Azitromicina	500 mg	15 mg/kg
No posible vía oral*	Azitromicina	500 mg iv	15 mg/kg

*en caso de alergia no anafiláctica a penicilina, cefalexina 2 g VO o cefazolina/ceftriaxona 1 g im/iv (dosis pediátrica: 50 mg/kg)

De precisar profilaxis AB, si por error no se ha administrado antes del procedimiento, puede administrarse hasta 2 h. tras el mismo. Si el paciente ya está en tratamiento con estos mismos AB por un proceso infeccioso y precisa intervención, intentar ajustar una de las dosis de tratamiento a esta pauta; si está recibiendo otros AB, mantener y además administrar esta pauta según proceda.

DEBE SOSPECHARSE EI en PACIENTES CON FIEBRE >24 h sin focalidad y:

- Auscultación de un nuevo soplo cardíaco de regurgitación.
- Fenómenos embólicos de origen desconocido (esplénicos, renales, hepáticos, espondilodiscitis...).
- Material protésico intracardiaco, EI previa, enfermedad valvular o cardíaca congénita, fenómenos vasculares o inmunológicos, abscesos periféricos, insuficiencia cardíaca, nuevo trastorno de la conducción y/o focalidad neurológica; fiebre sin focalidad \geq 7 días.
- Sepsis de origen desconocido.
- Bacteriemias por microorganismos típicos de EI (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* grupo *viridans*, *Streptococcus gallolyticus* o *Enterococcus* spp).