

ANALISIS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA TRATADOS CON LINEZOLID

P. Muñoz¹, de la Villa S¹, Ramallo V¹, CA. Mestres², MA. Goenaga³, X. Kortajarena³, C. Hidalgo-Tenorio⁴, SE. de Jesús⁴, MC. Fariñas⁵, I. Antorrena⁶, MA. Rodríguez-Esteban⁷, L. Castelo⁸, E. García-Vázquez⁹, A. Ramos¹⁰, E. Bouza¹ en nombre de GAMES (Grupo de Apoyo al Manejo de la Endocarditis en España)

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Cleveland Clinic Abu Dhabi. ³Hospital de Donosti. San Sebastián. ⁴Hospita Virgen de las Nieves. Granada. ⁵Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. ⁶Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁷Hospital Central de Asturias. Oviedo. ⁸Complejo Hospitalario de A Coruña. ⁹Hospital Universitario de Arrixaca. Murcia. ¹⁰Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Justificación

Linezolid (LNZ) se considera una alternativa terapéutica en endocarditis infecciosa (EI) causada por estafilococos y enterococos resistentes. Desafortunadamente, la literatura disponible es escasa y generalmente en forma de casos clínicos.

Objetivo

Analizar y comparar la evolución de los casos tratados con LNZ frente a los tratados con otros regímenes en la cohorte GAMES de EI.

Resultados

A partir de una cohorte de 3467 pacientes se identificaron 295 casos (LNZ) y 3172 controles (no-LNZ). Los pacientes recibieron linezolid bien como tratamiento empírico (33), dirigido (221) o al alta (41). El 80,6% de los pacientes tratados con LNZ recibían simultáneamente otros fármacos. La mediana de duración del tratamiento fue de 42 días con LNZ (26 – 50) vs 36 (25 – 44) en controles.

Método

Cohorte prospectiva de 34 hospitales españoles desde 2008 a 2016.

En primer lugar, se compararon los casos de EI tratados con LNZ y con otros fármacos.

Para estudiar la evolución se seleccionaron los pacientes que habían recibido monoterapia con linezolid (57), y se parearon con 171 controles mediante “propensity score” (PS) por: EI izq, insuf. cardíaca, insuf. renal, *S. aureus*, cirugía y tiempo de tratamiento.

Se analizó la tolerancia, las recidivas y la mortalidad intrahospitalaria, al año y global.

Tabla 1. Características basales de los grupos LNZ y no-LNZ

Variable (%)	LNZ (295)	No-LNZ (3172)	p
Edad media (IQR)	69 (58-76)	69 (57-77)	0,978
Varones	187 (63,4)	1921 (60,5)	0,373
Comorbilidad			
Insuf. Cardíaca	131 (44,4)	1020 (32,1)	< 0,01
Insuf. Renal	100 (33,9)	777 (24,5)	< 0,01
Índice Charlson ajustado por edad (media, IQR)	5 (3-7)	5 (3-7)	0,508
Válvula afecta			
Aórtica	116 (39,3)	1581 (49,8)	0,001
Mitrál	104 (35,3)	1390 (43,8)	0,004
Izquierdas	198 (67,1)	2635 (83,1)	< 0,01
Tricúspide	21 (7,1)	163 (5,1)	0,147
Pulmonar	4 (1,4)	46 (1,5)	0,897
Tipo EI			
Protésica	94 (31,9)	946 (29,8)	0,464
Nativa	145 (49,2)	1965 (61,9)	< 0,01
No valvular (DiC, pared)	69 (23,4)	358 (11,3)	< 0,01
Adquisición			
Comunitaria	136 (47,6)	187 (61,5)	< 0,01
Nosocomial	126 (44,1)	900 (29,6)	< 0,01
Asociada a asistencia sanitaria	24 (8,4)	271 (8,9)	0,771

Tolerancia: presentaron algún efecto adverso 32 pacientes tratados con LNZ (10,8%), predominando los hematológicos (25 pacientes)

Conclusiones

En nuestro país, linezolid se utiliza fundamentalmente en pacientes con deterioro de la función renal que presentan endocarditis estafilocócica sobre válvula natural o dispositivos intracardíacos. Suele utilizarse combinado con otros fármacos o como tratamiento de segunda línea. Tanto solo, como en combinación, LNZ muestra una eficacia y una seguridad similares a los tratamientos alternativos.

Microorganismos aislados en los grupos LNZ y no-LNZ

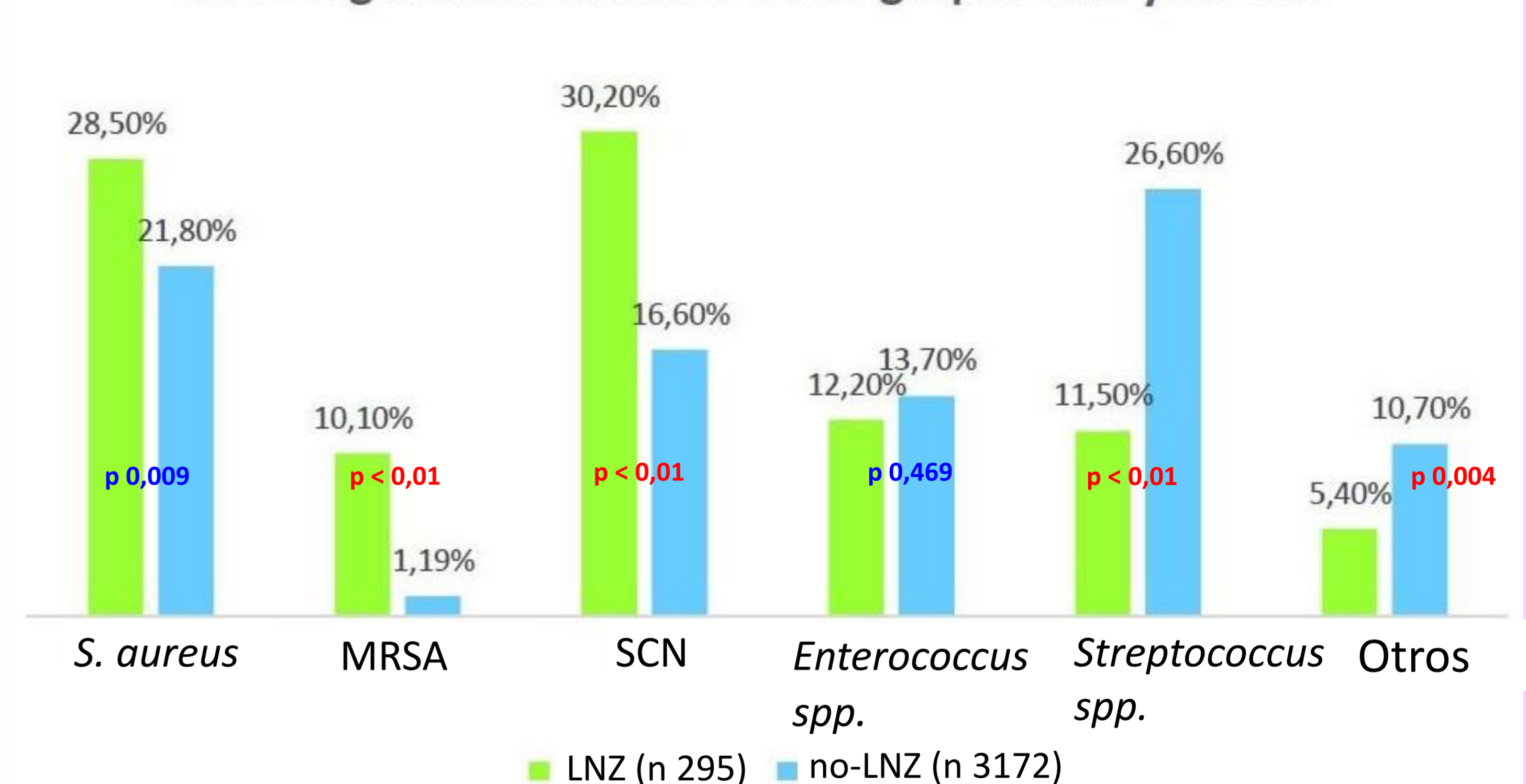


Tabla 2. Evolución de los pacientes tratados con LNZ (57) vs los tratados con otras terapias (171) tras realizar propensity score

Variable (%)	LNZ (57)	Controles (171)	p
Evolución			
Mortalidad intrahospitalaria	26 (45,6)	76 (44,4)	0,878
Mortalidad al año	4 (7)	6 (3,5)	0,455
Mortalidad global	30 (52,6)	85 (47,9)	0,646
Recidiva	0	0	
Estancia hospitalaria (media, IQR)	31 (14-50)	24 (14-42)	0,3463
Días de tratamiento (media, IQR)	19 (10-41)	26 (11-42)	0,871