

¿Es hora de revisar los criterios IDSA de selección de pacientes candidatos a tratamiento antibiótico a domicilio (TADE) en endocarditis?

Miguel Ángel Goenaga, Xabier Kortajarena, Rebeca García, Carmen Garde, Ana Fuertes, Karlos Reviejo*, Maialen Iburguren, Harkaitz Azkune, María Jesús Bustinduy y grupo GAMEGI.

Hospital Universitario Donostia y *Poliklinica Gipuzkoa

Justificación

Aun siguen vigentes los criterios IDSA (Andrews, CID 2001) para seleccionar a los pacientes candidatos a TADE en la Endocarditis infecciosa (EI). Dichos criterios son muy conservadores y no totalmente seguidos en nuestro entorno (Pericás JM, Congreso Nacional SEIMC 2016).

Objetivo

Describir la utilización de dichos criterios en un Hospital terciario con amplia experiencia en TADE y sus resultados.

Método

Revisión de las historias clínicas de todos los pacientes con EI tratados con TADE, a cargo de una UHAD, en el período comprendido entre 1996-2006. Se entiende como fracaso de los criterios la necesidad de reingreso o el no cumplimiento del plan inicial previsto.

Resultados

En el período 1996-2016 han sido tratados 222 episodios de EI con TADE.

La media de edad de los pacientes fue de 66 años (R 22-92 años).

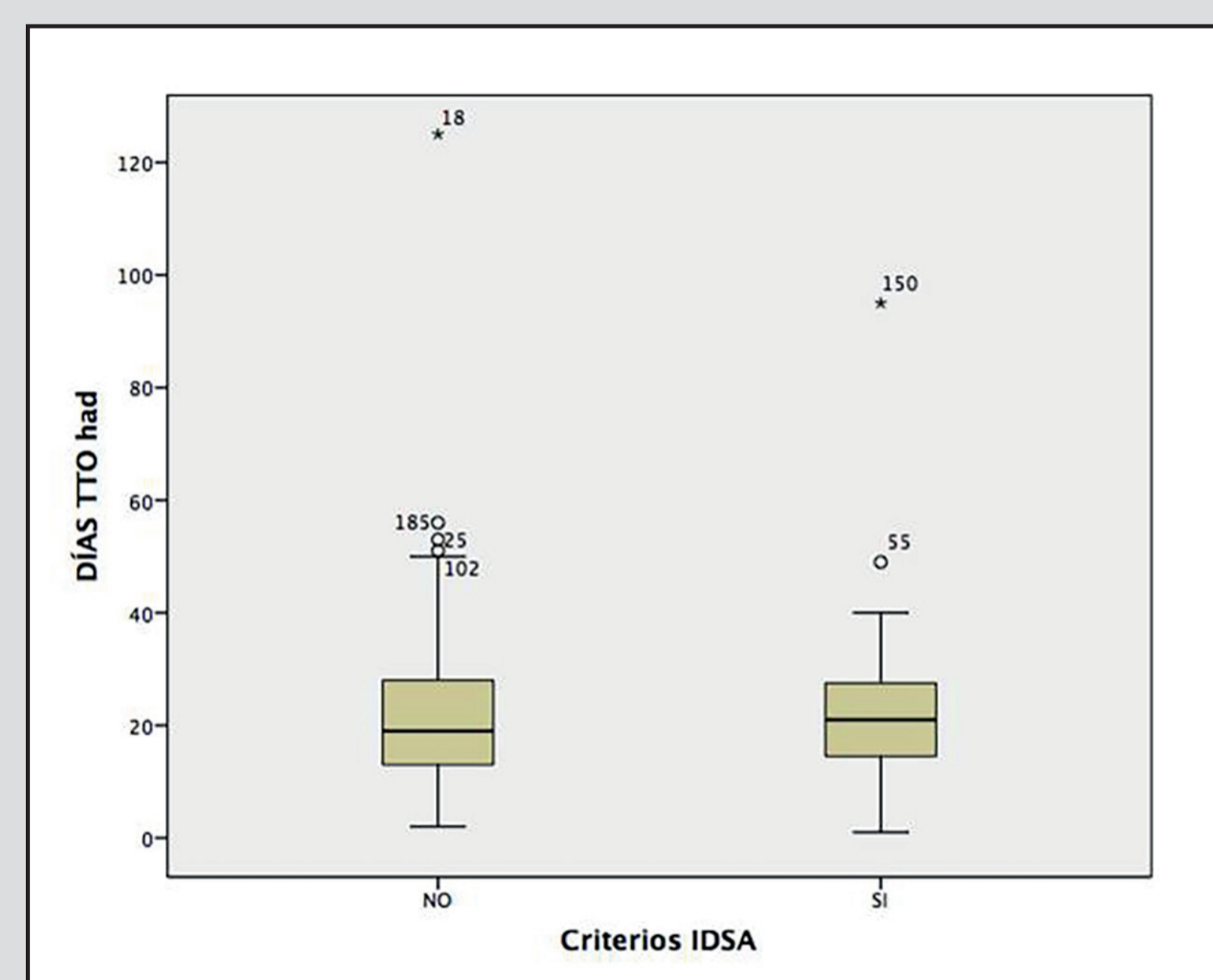
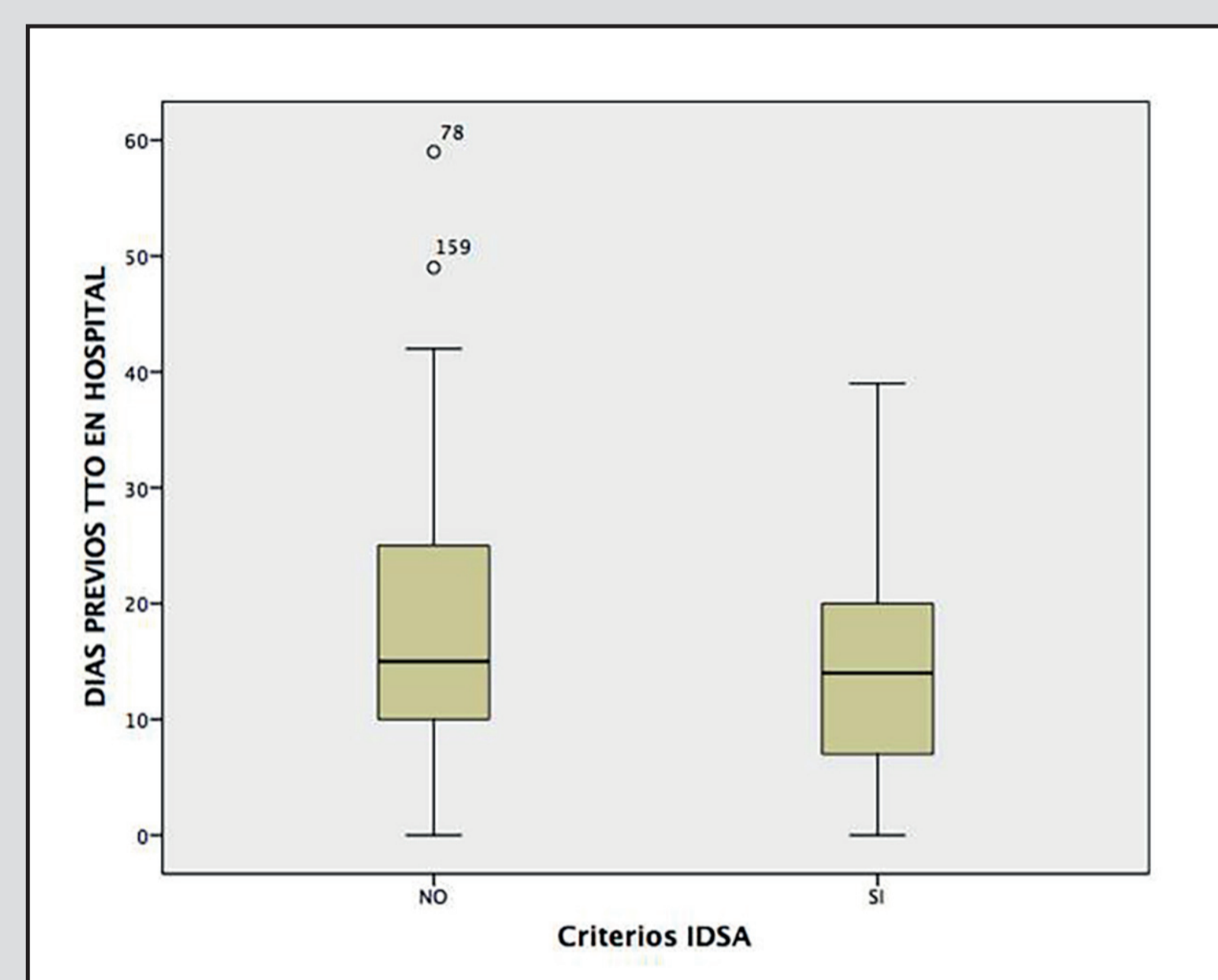
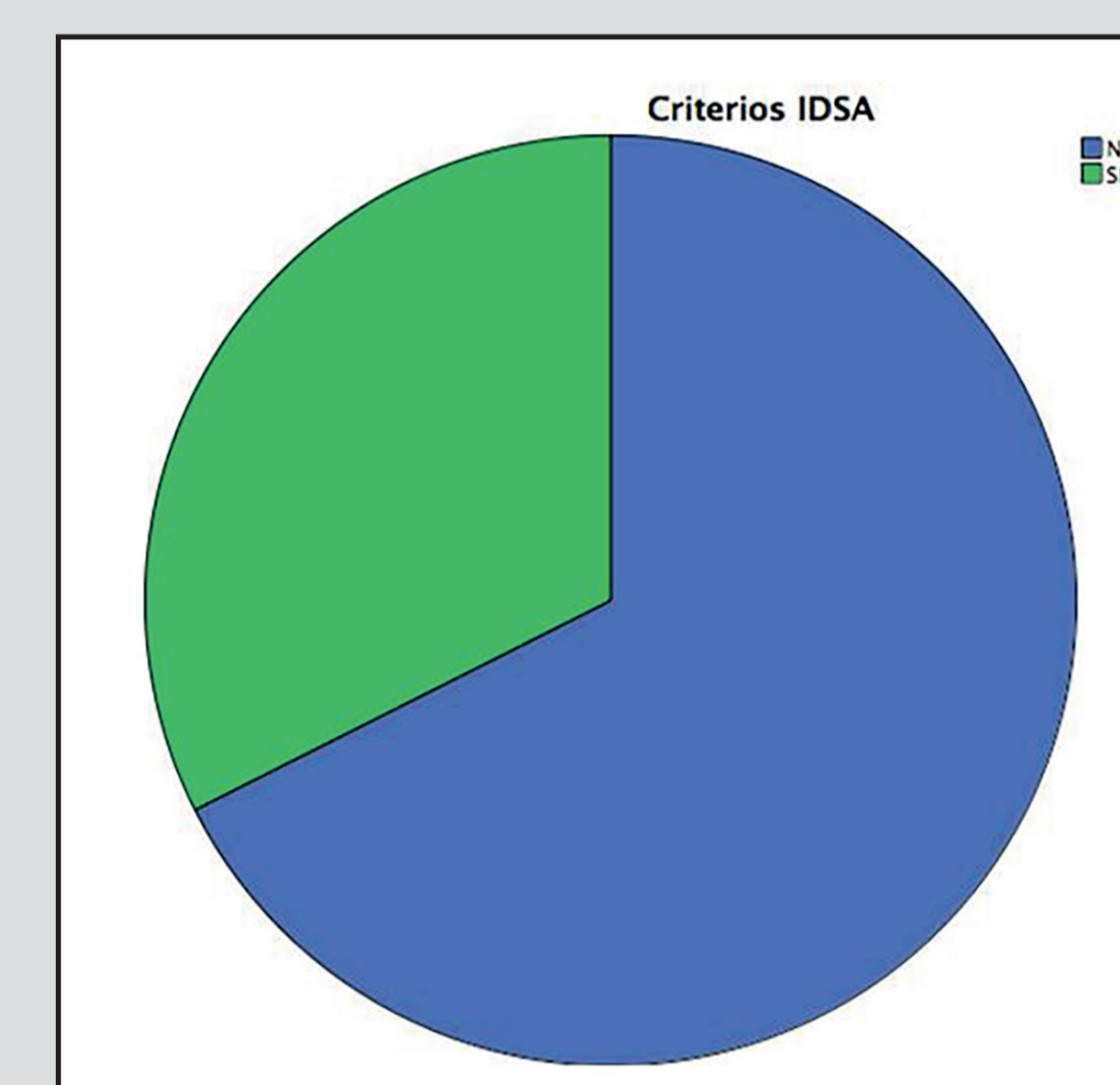
71% fueron varones. 29% mujeres

Según criterios Duke 71% fueron EI definitivas.

El 68% de los casos no cumplían los criterios IDSA.

Phase of treatment	Guidelines for use
Critical phase (weeks 0-2)	<p>Complications of IE occur most frequently during this phase, and timely diagnosis is important for achieving optimal outcome.</p> <p>Preferred management: IPAT for 2 weeks.</p> <p>Exceptions: OPAT can be considered at 1 week for patients who meet the following 3 criteria: (1) infection with viridans streptococcal IE^a; (2) medically stable condition without fever and with negative blood culture results, and stable electrocardiogram at time of proposed discharge; (3) no complications of IE and not in high-risk subgroup (see below).</p>
Continuation phase (weeks 2-4 or 2-6)	<p>Most patients who have not suffered complications of IE are likely to remain stable during the remainder of therapy, but side effects of parenteral antibiotic therapy may still occur.</p> <p>Preferred management: OPAT can be considered for the majority of patients who are medically stable (see above).</p> <p>Exceptions: IPAT should generally be continued for patients with any of the following characteristics: (1) complications of IE, such as congestive heart failure, conduction abnormality, mental status change, or evidence of perivalvular abscess on a transesophageal echocardiogram; (2) members of a high-risk subgroup: acute IE, aortic valve disease, prosthetic valve disease, or IE caused by <i>Staphylococcus aureus</i> or other virulent organisms.^b</p>
Essential elements of OPAT therapy	<p>Patients should be educated and fully informed about the complications of IE and indications for and method of contacting their physician or IE care team.</p> <p>Patients and family should be reliable, compliant, and live close to the hospital.</p> <p>Routine postdischarge evaluation should include biweekly office or IE care team home visits during OPAT. Same-day evaluation by a member of the IE care team should be available for patients with recurrent fever or new symptoms.</p>

^a Expert consultation on individual patients may identify other low-virulence, low-risk organisms for which a similar approach may be taken.
^b *Staphylococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis*, *Neisseria gonorrhoeae*, beta streptococci, gram-negative bacteria, and fungi.



MOTIVO

- La EI se asentó sobre válvula protésica en un 29% de los casos y un 11% sobre electrocatéter.
- Un 52% de las válvulas naturales afectadas fueron aórticas.
- Etiología: 11% fueron por *S. aureus*.

Los pacientes fueron tratados de media 16 días en Hospital (15 días en los que sí cumplían vs 17 días en los que no) y 22 días en domicilio (22 días vs 22 días). Diferencias no significativas.

Un 31 % de los pacientes presentó algún tipo de efecto adverso (33% sí IDSA vs 31% no IDSA); RR para pacientes no IDSA fue 0,92 (IC 95% 0,613-1,380, p 0,6).

Un 18 % de los pacientes tuvieron que reingresar (15% no IDSA vs 25% sí IDSA); RR para paciente no IDSA 0,613 (IC 95% 0,354-1,062; p 0,08).

El 82% de los pacientes cumplió el plan previsto (77% si IDSA vs 84% no IDSA; RR pacientes no IDSA 1,080 IC 95% 0,937-1,245, p 0,288)

Conclusiones

En nuestra serie:

- en un 68 % de los pacientes con TADE no se cumplen los criterios IDSA-2001
- el no cumplir dichos criterios no condiciona unos peores resultados (efectos secundarios, reingresos, no cumplimiento plan previsto). Por ello creemos que sería recomendable redefinir dichos criterios, al menos en nuestro medio.