



1598 - TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA SIN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PREVIA

Marta Salas Sánchez, Marta Olimpia Lago Rodríguez, Andoni Paisán Fernández, Marina López Rubio, Agustín Estévez Prieto, Antonio Segado Soriano y Lucía Ordieres Ortega

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Objetivos: Describir las características clínicas y demográficas de 31 pacientes con endocarditis infecciosa (EI) no intervenida tratada en nuestra unidad de Hospitalización a Domicilio (HAD).

Métodos: Estudiamos retrospectivamente los episodios con diagnóstico principal de EI ingresados en la unidad de HAD de un hospital terciario durante diez años (2012 a 2022). Se excluyeron 14 pacientes que habían sido intervenidos quirúrgicamente (recambio valvular y/o retirada de dispositivo intracardiaco) previamente al traslado a domicilio.

Resultados: De los 31 pacientes analizados, el 61,3% eran mujeres y tenían una media de edad de 70,5 (DE 18,3) años. Un 48,4% de los casos procedían del servicio de Medicina Interna, un 29% del servicio de Cardiología, un 9,7% del servicio de Geriátria, y el 12,9% de otros servicios. Los antecedentes más relevantes fueron diabetes *mellitus* (22,6%), arritmias cardíacas (32,3%), insuficiencia cardíaca crónica (22,6%), y enfermedad renal crónica (19,4%). Los principales factores de riesgo de EI fueron la valvulopatía (32,3%), miocardiopatía estructural (22,6%) y válvula protésica (12,9%). El 45,2% de los pacientes presentaban indicación quirúrgica de entrada, sin embargo no fueron candidatos a ella debido a su alto riesgo quirúrgico. Los microorganismos más frecuentemente implicados fueron *Staphylococcus aureus* (25% sensibles a meticilina y 3,2% resistentes a meticilina), estreptococos grupo *viridans* (22,6%), estafilococos coagulasa negativos (12,9%), y *Enterococcus faecalis* (9,7%). Se realizó un ecocardiograma transtorácico (ETT) en el 74,4% de los casos, un ecocardiograma transesofágico (ETE) en el 87%, y una tomografía por emisión de positrones (PET-TC) en un 35,5%. La duración media de tratamiento en HAD fue de 24,4 días (DE 16,4). Los antibióticos más empleados fueron ceftriaxona (41,9%), daptomicina (35,5%), cefazolina (9,7%) y dalvabancina (9,7%). Solo 7 pacientes (22,5%) requirieron reingreso en hospitalización convencional, 3 de ellos (9,7%) debido a la necesidad de un rescate quirúrgico. Otras complicaciones incluyeron embolismos sépticos (19,4%) y efectos adversos a la antibioterapia (12,9%). La mortalidad global fue del 9,7% de los pacientes. Ninguno de los fallecimientos se produjo en el domicilio.

Variables	N = 31 (%)
Sexo	

Femenino	19 (61%)
Masculino	12 (38,7%)
Edad, media en años \pm desviación estándar	70,5 \pm 18,3
Servicio de procedencia	
Medicina Interna	15 (48,4%)
Cardiología	9 (29%)
Geriatría	3 (9,7%)
Otros	3 (9,7%)
Comorbilidades	
Diabetes <i>mellitus</i>	7 (22,6%)
Valvulopatía previa	10 (32,3%)
Miocardopatía estructural (isquémica, hipertrófica, restrictiva, cardiopatías congénitas, otras)	7 (22,6%)
Insuficiencia cardíaca crónica	7 (22,6%)
Arritmia cardíaca	11 (32,3%)
Enfermedad renal crónica	6 (19,4%)
Tipo de válvula	
Natural	25 (80,6%)
Prótesis biológica	3 (9,7%)
Prótesis metálica	1 (3,2%)
No valvular	2 (6,5%)
Válvula afectada	
Mitral	15 (48,4%)
Aórtica	13 (41,9%)
Tricúspide	3 (9,7%)
Diagnóstico	
Microbiológico (hemocultivos)	30 (96,8%)
ETE	27 (87%)
ETT	23 (74,2%)
PET-TC	11 (35,5%)
Microorganismo	
<i>Staphylococcus aureus</i>	9 (29%)

Estreptococos grupo <i>viridans</i>	7 (22,6%)
Estafilococos coagulasa negativos	4 (12,9%)
<i>Enterococcus faecalis</i>	3 (9,7%)
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	2 (6,5%)
<i>Streptococcus bovis/gallolyticus</i>	2 (6,5%)
Bacilos gramnegativos (<i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>KleibSELLa pneumoniae</i>)	2 (6,5%)
<i>Streptococcus dysgalactiae</i>	1 (3,2%)
Sin filiación microbiológica	1 (3,2%)
Indicación de cirugía	14 (45,2%)
Tratamiento antibiótico en domicilio	
Ceftriaxona	13 (41,9%)
Daptomicina	11 (35,5%)
Cefazolina	3 (9,7%)
Dalvabancina	3 (9,7%)
Ampicilina	2 (6,5%)
Rifampicina	2 (6,5%)
Ceftazidima	1 (3,2%)
Duración media del tratamiento total \pm desviación estándar	45,7 días \pm 26,8
Duración del tratamiento en hospitalización a domicilio \pm desviación estándar	24,4 días \pm 16,4
Complicaciones	
Émbolos sépticos	6 (19,4%)
Necesidad de reingreso por necesidad de rescate quirúrgico	3 (9,7%)
Necesidad de reingreso por otras causas	4 (12,9%)
Efecto adverso antibioterapia	4 (12,9%)
Mortalidad	3 (9,7%)

Conclusiones: El tratamiento conservador de la EI, basado en la administración de antibioterapia de forma prolongada en ausencia de intervención quirúrgica, es una opción válida tanto en pacientes que no presentan indicación quirúrgica de entrada, como en aquellos que sí pero que sin embargo no son candidatos a cirugía debido a un elevado riesgo quirúrgico (por edad avanzada y/o comorbilidades). Las unidades de HAD son dispositivos idóneos que permiten llevar a cabo dichas terapias prolongadas, proporcionando seguridad y comodidad a los pacientes. No obstante, dada la elevada morbimortalidad de dicha entidad, son necesarias unidades de HAD especializadas, con disponibilidad de distintos recursos (por ejemplo, bombas de perfusión) que permitan administrar las terapias antimicrobianas más eficaces, y no solo aquellas con posología más sencilla. Además,

resulta fundamental una buena coordinación entre las unidades de HAD con hospitalización convencional, que aseguren un rápido traslado en caso de que el paciente presente algún tipo de complicación y por tanto requiera una monitorización más estrecha, terapia de soporte y/o intervención quirúrgica.