

Segona JORNADA

SOCIETAT CATALANO-BALEAR
D'HOSPITALITZACIÓ DOMICILIÀRIA

Dijous, 29 d'octubre de 2015

SABADELL



Parc Taulí Sabadell
Hospital Universitari

Auditori Taulí nou

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ENDOVENOSO DOMICILIARIO (TADE) EN ENDOCARDITIS INFECCIOSA (EI)

Aspecto clínicos EI

- La endocarditis infecciosa (EI) se define como la infección del endocardio valvular o mural.
- Las vegetaciones son las lesiones características y habitualmente se encuentran a nivel valvular aunque también pueden localizarse en los músculos papilares o el endocardio mural.

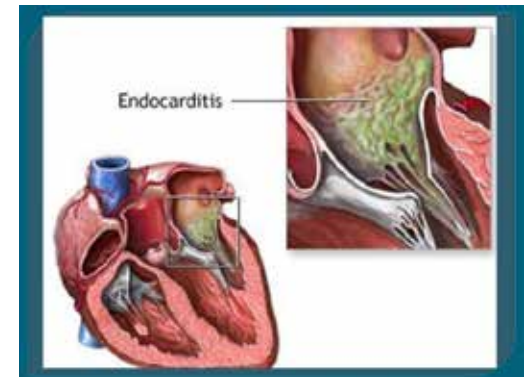


TABLA 11. Criterios Duke modificados para el diagnóstico de la endocarditis infecciosa

Criterios de gran importancia

Hemocultivos positivos para la EI:

Microorganismos típicos que encajan con la EI de dos hemocultivos independientes:

Streptococcus viridans, *S. bovis*, grupo HACEK, *Staphylococcus aureus* o

Enterococos adquiridos en la comunidad en ausencia de un foco principal

o

Microorganismos que encajan con la EI con hemocultivos persistentemente positivos:

Al menos dos posibles cultivos positivos de muestras sanguíneas tomadas a intervalos > 12 h o

Tres o la mayoría de más de cuatro hemocultivos independientes (con la primera y la última muestra tomadas a intervalos de al menos 1 h)

o

Hemocultivo positivo único para *Coxiella burnetii* o fase I IgG anticuerpo > 1:800

Evidencia de afección endocárdica

Ecocardiografía positiva para EI

Vegetación; absceso; nueva dehiscencia parcial de válvula protésica

Nueva regurgitación valvular

Criterios de poca importancia

Predisposición: enfermedad cardíaca predisponente, uso de fármacos por inyección

Fiebre: temperatura > 38 °C

Fenómeno vascular: émbolo arterial grave, infarto pulmonar séptico, aneurisma micótico, hemorragias intracraneales, hemorragias conjuntivales, lesiones de Janeway

Fenómeno inmunitario: glomerulonefritis, nódulos de Osler, manchas de Roth, factor reumatoide

Evidencia microbiológica: hemocultivo positivo que no cumple un criterio importante o evidencia serológica de infección activa con organismo que encaja con la EI

El diagnóstico de EI es definitivo en presencia de

2 criterios de gran importancia, o

1 criterio de gran importancia y 3 de poca importancia, o

5 criterios de poca importancia

El diagnóstico de EI es posible en presencia de

1 criterio de gran importancia y 1 de poca importancia, o

3 criterios de poca importancia

Aspectos clínicos EI

- Incidencia: 3-10 **episodios** /100.000 p-año (14,5 episodio p-año 70-80 años)
- Aumento relacionada asistencia sanitaria (asociado a procedimientos invasivos)
- F. Predisponentes: válvula protésica, esclerosis degenerativa
- Aumento etiología estafilicócica (1º causa)

68% de afectación sobre válvula nativa, predominio (63%) de adquisición comunitaria y preponderancia de *Staphylococcus aureus* (25%) y *Streptococcus* spp. (22,1%), *Staphylococcus coagulasa negativo* (SCN) (17,7%) y *Enterococcus* (13,3%).

- Tasa de mortalidad hospitalaria 9,6-26% (4-9% SGV, 25-47% SA, 15-20% enterococo)
- Factores pronósticos:
 - Características del paciente
 - complicaciones cardiacas y no cardiacas
 - Patógeno
 - Resultados ecocardio

TABLA 12. Indicadores de mal pronóstico en pacientes con endocarditis infecciosa (EI)

Características del paciente

- Edad avanzada
- EI sobre válvula protésica
- Diabetes mellitus insulino dependiente
- Comorbilidad (p. ej., debilidad, enfermedad cardiovascular, renal o pulmonar previa)

Presencia de complicaciones de la EI

- Insuficiencia cardiaca
- Insuficiencia renal
- Ictus
- Shock séptico
- Complicaciones perianulares

**Complic. Perianulares+ IC+ SA
Mortalidad 79%**

Microorganismo

- Staphylococcus aureus*
- Hongos
- Bacilos gramnegativos

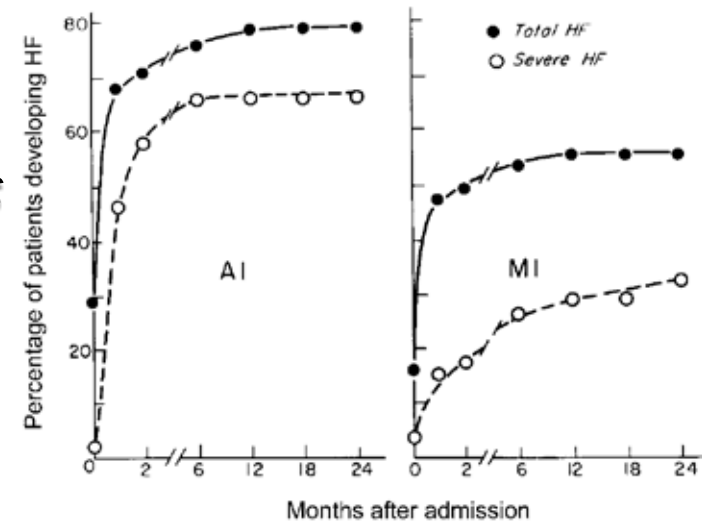
Resultados ecocardiográficos

- Complicaciones perianulares
 - Regurgitación de la válvula izquierda grave
 - Fracción de eyección ventricular izquierda inferior
 - Hipertensión pulmonar
 - Vegetaciones grandes
 - Disfunción protésica grave
 - Cierre prematuro de la válvula mitral y otros signos de presión diastólica elevada
-

- Estreptococo (CIM penicilina < 0,125 mg/l): índice de curación de 95%
- *S. Pneumoniae* asociado a meningitis 30%
- Estreptococo grupo B,C, G y *S.milleri*: abscesos y necesidad de cirugía.
- Estreptococos nutricionalmente variables: elevado índice de complicaciones y fracaso del tto (40%)
- *S.aureus* sobre válvula protésica: alto riesgo de mortalidad (>45%) + cirugía precoz.
- El fúngica (*Candida* y *Aspergillus*), EVP y ADVP: mortalidad >50%

Complicaciones

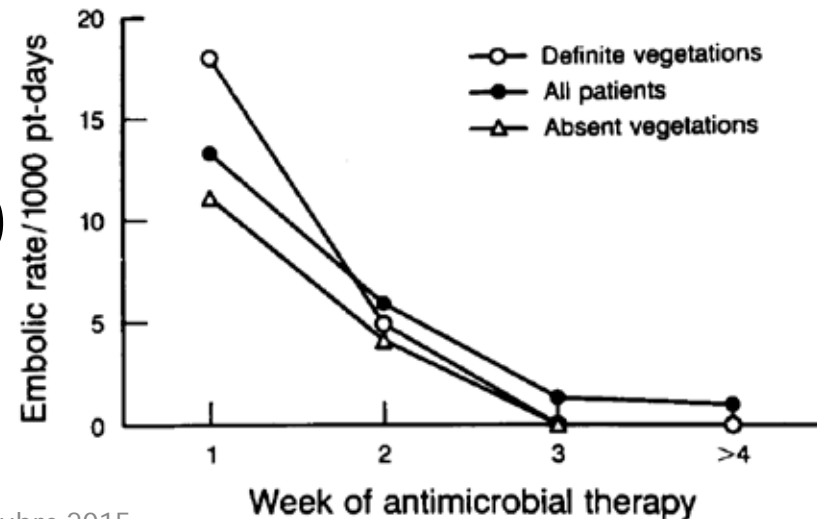
- IC:
 - 50-60% (VAo)
 - Evoluciona durante el tratamiento
 - *IC moderada o grave: indicador más importante de mortalidad hosp 1º 6 meses*



- Extensión perivalvular:
 - Abceso : VAo (10-40% VN/56-100% EVP)
 - FR: VP, Ao, infección SCN
 - Seudoaneurimas y fístulas (daño valvular y perivalvular severo): SA

Complicaciones

- Eventos embólicos (cerebro, bazo, embolia pulmonar)
 - 20-50% inicio, tras inicio de terapia ATB 6-21%
 - Riesgo de ictus: 4,8p /1000 día 1ª sem. 1,7 p/1000 d a partir 2ª semana tto.
 - FR embólico:
 - Tamaño vegetación >10mm (alto riesgo >15 mm y móviles)
 - El por SA sobre VMi



Complicaciones

- Complicaciones NRL:
 - Eventos NRL 20-40% EI (embolia)
 - Ictus asociado a aumento de mortalidad
 - SA causa mayor índices de complicaciones NRL
- Insuf renal aguda:
 - 30% EI (GN vasculítica, Infarto renal, bajo gasto, nefrotoxicidad)

Tratamiento

TABLE 4. Therapy of Native Valve Endocarditis Caused by Highly Penicillin-Susceptible Viridans Group Streptococci and *Streptococcus bovis*

Regimen	Dosage* and Route	Duration, wk	Strength of Recommendation	Comments
Aqueous crystalline penicillin G sodium <i>or</i> Ceftriaxone sodium	12–18 million U/24 h IV either continuously or in 4 or 6 equally divided doses 2 g/24 h IVIM in 1 dose <i>Pediatric dose</i> †: penicillin 200 000 U/kg per 24 h IV in 4–6 equally divided doses; ceftriaxone 100 mg/kg per 24 h IVIM in 1 dose	4	IA	Preferred in most patients >65 y or patients with impairment of 8th cranial nerve function or renal function
Aqueous crystalline penicillin G sodium <i>or</i> Ceftriaxone sodium <i>plus</i> Gentamicin sulfate‡	12–18 million U/24 h IV either continuously or in 6 equally divided doses 2 g/24 h IVIM in 1 dose 3 mg/kg per 24 h IVIM in 1 dose <i>Pediatric dose</i> : penicillin 200 000 U/kg per 24 h IV in 4–6 equally divided doses; ceftriaxone 100 mg/kg per 24 h IVIM in 1 dose; gentamicin 3 mg/kg per 24 h IVIM in 1 dose or 3 equally divided doses	2	IB	2-wk regimen not intended for patients with known cardiac or extracardiac abscess or for those with creatinine clearance of <20 mL/min, impaired 8th cranial nerve function, or <i>Abiotrophia</i> , <i>Granulicatella</i> , or <i>Gemella</i> spp infection; gentamicin dosage should be adjusted to achieve peak serum concentration of 3–4 µg/mL and trough serum concentration of <1 µg/mL when 3 divided doses are used; nomogram used for single daily dosing§
Vancomycin hydrochloride¶	30 mg/kg per 24 h IV in 2 equally divided doses not to exceed 2 g/24 h unless concentrations in serum are inappropriately low <i>Pediatric dose</i> : 40 mg/kg per 24 h IV in 2–3 equally divided doses	4	IB	Vancomycin therapy recommended only for patients unable to tolerate penicillin or ceftriaxone; vancomycin dosage should be adjusted to obtain peak (1 h after infusion completed) serum concentration of 30–45 µg/mL and a trough concentration range of 10–15 µg/mL

TABLE 4. Therapy of Native Valve Endocarditis Caused by Highly Penicillin-Susceptible Viridans Group Streptococci and *Streptococcus bovis*

Regimen	Dosage* and Route	Duration, wk	Strength of Recommendation	Comments
Aqueous crystalline penicillin G sodium <i>or</i> Ceftriaxone sodium	12–18 million U/24 h IV either continuously or in 4 or 6 equally divided doses 2 g/24 h IV/IM in 1 dose <i>Pediatric doset:</i> penicillin 200 000 U/kg per 24 h IV in 4–6 equally divided doses; ceftriaxone 100 mg/kg per 24 h IV/IM in 1 dose	4	IA	Preferred in most patients >65 y or patients with impairment of renal or hepatic function or renal insufficiency
Aqueous crystalline penicillin G sodium <i>or</i> Ceftriaxone sodium <i>plus</i> Gentamicin sulfate†	12–18 million U/24 h IV either continuously or in 4 or 6 equally divided doses 2 g/24 h IV/IM in 1 dose <i>Pediatric doset:</i> penicillin 200 000 U/kg per 24 h IV in 4–6 equally divided doses; ceftriaxone 100 mg/kg per 24 h IV/IM in 1 dose; gentamicin 3 mg/kg per 24 h IV/IM in 1 dose	4	IB	Patients with known or suspected prosthetic valve endocarditis or those with impaired 8th cranial nerve function should receive gentamicin. Gentamicin dosage should be adjusted to maintain a trough concentration of <1 µg/mL. Trough concentration should be measured on day 1 of program
Vancomycin hydrochloride¶	15–20 mg/kg per 24 h IV in 2–3 equally divided doses <i>Pediatric doset:</i> 15–20 mg/kg per 24 h IV in 2–3 equally divided doses	4	IB	Vancomycin therapy recommended only for patients unable to tolerate penicillin or ceftriaxone; vancomycin dosage should be adjusted to obtain peak (1 h after infusion completed) serum concentration of 30–45 µg/mL and a trough concentration range of 10–15 µg/mL

- Regímenes bactericidas
- Parenterales
- Larga duración : 4-6 semanas

TADE/OPAT

Deseable!!!

¿Factible?

¿Seguro?

¿Eficaz?

- Gravedad (enfermería)
- Autoadministración
- Bombas de infusión (electrónicas-multidosis/Perfusión continua, elastoméricas)



Drug	Half-life in h	Phlebitis risk rating ^b	Optimal dilution, mg/mL ^c	Duration of stability, by storage temperature ^a		
				-20°C	5°C	25°C
Ampicillin	1	2	30	ND	48 h	8 h
Ampicillin-sulbactam	1	2	20	ND	48 h	8 h
Caspofungin	>48	1	0.2–03	ND	24 h	1 d
Cefazolin	1–2	1	10–20	30 d	10 d	1 d
Cefoperazone	1.5–25	1	40	96 d	80 d	80 d
Ceftazidime	1.4–2	1	1–40	90 d	21 d	2 d
Ceftriaxone	5.4–10.9	1	10–40	180 d	10 d	3 d

Drug	Half-life in h	Phlebitis risk rating ^b	Optimal dilution, mg/mL ^c	Duration of stability, by storage temperature ^a		
				-20°C	5°C	25°C
Oxacillin	0.3–0.8	2	10–100	30 d	7 d	1 d
Penicillin G ^f	0.4–0.9	2	0.2	84 d	14 d	2 d
Tobramycin	2–3	1	0.2–3.2	30 d	4 d	2 d
Vancomycin	4–6	2	5	63 d	63 d	7 d
Gentamicin	2–3	1	0.6–1	30 d	30 d	30 d

Stabilis 4.0

www.stabilis.org/index.php?codeLangue=SP-sp

Aplicaciones ★ Bookmarks Sitios sugeridos Microsoft Outlook ... la Caixa Tú eres la e... Importado de Intern... Formulas nefrologia... BBC - World Service... UVIC » Otros marcadores

STABILIS
 Última actualización : 25/10/2015

Buscar

Estabilidad y compatibilidad de los medicamentos

Bienvenido a Stabilis. Si desea recibir el boletín de noticias de forma trimestral, indique su dirección de correo electrónico

Boletín de noticias :

Para cualquier duda o sugerencia, se ruega contactar : infostab@stabilis.org

Bases de datos

Bibliografía :	2041
Molécula :	711
Clase farmacológica :	40
Estabilidad de las soluciones :	4310
Estabilidad en mezcla :	964
Incompatibilidades :	2635
Nombre comercial :	1934

Novedades - Molécula

		Phenylephrine hydrochloride	24/09/2015
		Formotérol fumarate	24/09/2015
		Quinapril	03/09/2015
		Prednisona	03/09/2015
		Metronidazole benzoate	02/09/2015
		Isavuconazonium sulfate	15/08/2015
		Ceftolozane / tazobactam	15/08/2015
		Ceftazidime Avibactam	22/06/2015

Novedades - Bibliografía

Fecha de entrada

www.infostab.fr

ES 22:47 28/10/2015

<http://www.stabilis.org/>

¿TADE en EI es seguro y eficaz?

- Inicio 90': El por SGV sin complicaciones.
- Ampliación de indicaciones, VP, SA...(falta de estudios prospectivos)

Monteiro C-A, Cobbs CG. Outpatient management of infective endocarditis.

Curr Infect Dis Rep. 2001;3:319 –327

14 publicaciones OPAT

233 episodios EI

concluye: El estreptococica peni S, clínica < 3 m, sin complicaciones al ingreso son buenos candidatos

- Toque de alerta!!

Patient Selection Criteria and Management Guidelines for Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy for Native Valve Infective Endocarditis

Mary-Margaret Andrews and C. Fordham von Reyn

Department of Medicine, Infectious Disease Section, Dartmouth-Hitchcock Medical Center, Lebanon, and Dartmouth Medical School, Hanover, New Hampshire

CID 2001; 33: 203-209

Patient Selection Criteria and Management Guidelines for Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy for Native Valve Infective Endocarditis

- Experiencia 2 éxitus en pacientes IE que recibían TADE
 - SA , 1 sem tto hosp, absceso anular+ cirugía urgente
 - SGV, 1 sem tto hosp, insuficiencia aórtica aguda
- Revisión de la literatura, OPAT y EI.

Table 1. Summary of major prospective trials of short-course antibiotic therapy for uncomplicated viridans streptococcal infective endocarditis, by inpatient or outpatient status of patients.

Reference	No. of assessable patients	No. (%) of patients treated as inpatients and then as outpatients ^a	No. of inpatient days per patient	No. (%) of patients treated entirely on an outpatient basis
[25]	27	20 (76)	8 (average)	7 (23)
[26]	55	23 (39)	<7, 4% patients; 8–14, 25% patients; >15, 58% patients	7 (13)
[27]	48	43 (90)	Unknown (82% of all patient-days were for inpatients) ^b	5 (10)
[28]	51	Unknown	8 (CTX monotherapy); 14.5 (CTX-Gm)	Unknown

NOTE. CTX, ceftriaxone; Gm, gentamicin.

^a Treated in the hospital, then iv therapy completed as outpatients.

^b Of 672 days of antibiotic therapy (48 patients for 14 days), 124 days involved outpatients (~18%).

Table 2. Proposed guidelines for the use of inpatient antibiotic therapy (IPAT) and outpatient parenteral antibiotic therapy (OPAT) for infective endocarditis (IE).

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 system abnormality, mental status change, or evidence of perivalvular abscess on a transesophageal echocardiogram; (2) members of a high-risk subgroup: acute IE, acute aortic regurgitation, aortic valve disease, or IE caused by <i>Staphylococcus aureus</i>.</p>
Essential elements of OPAT therapy	<p>Patients should be educated and instructed on the importance of adherence to therapy, for and method of contact with the IE care team.</p> <p>Patients and family should be encouraged to remain in the home, to be responsible for their own care, 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>

**Excluye subgrupo de riesgo:
EIAo, EVP, SA, Germenés virulentos**

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

Safety of Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy for Endocarditis

Alan Tice

CID 2002;34: 419

OPAT outcomes Registry (24 centros US)

1996-2001: 7800 episodios

198 EI (**44 SA**)

No completaron tto 30 (15%):

2 exitus (1%) (via central hosp, AVC a los 14 días)

6 IQ (1 URG)

16 complic no relacionadas OPAT

4 complic relacionadas OPAT

Practice Guidelines for Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy

Alan D. Tice,¹ Susan J. Rehm,² Joseph R. Dalovisio,³ John S. Bradley,⁴ Lawrence P. Martinelli,⁵ Donald R. Graham,⁶ R. Brooks Gainer,⁷ Mark J. Kunkel,⁸ Robert W. Yancey,⁹ and David N. Williams¹⁰

Clinical Infectious Diseases 2004;38:1651–72

Descartar:

- Válvula protésica
- Cultivos positivos persistentes
- IC mal controlada
- Vegetaciones >10 mm
- Eventos embólicos repetidos
- SA
- Alteraciones conducción

Infective Endocarditis : Diagnosis, Antimicrobial Therapy, and Management of Complications: A Statement for Healthcare Professionals From the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Councils on Clinical Cardiology, Stroke, and Cardiovascular Surgery and Anesthesia, American Heart Association: Endorsed by the Infectious Diseases Society of America

Larry M. Baddour, Walter R. Wilson, Arnold S. Bayer, Vance G. Fowler, Jr, Ann F. Bolger, Matthew E. Levison, Patricia Ferrieri, Michael A. Gerber, Lloyd Y. Tani, Michael H. Gewitz, David C. Tong, James M. Steckelberg, Robert S. Baltimore, Stanford T. Shulman, Jane C. Burns, Donald A. Falace, Jane W. Newburger, Thomas J. Pallasch, Masato Takahashi and Kathryn A. Taubert

Circulation. 2005;111:e394-e434

doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.165564

Circulation is published by the American Heart Association, 7272 Greenville Avenue, Dallas, TX 75231

Copyright © 2005 American Heart Association, Inc. All rights reserved.

Print ISSN: 0009-7322. Online ISSN: 1524-4539

No candidatos a OPAT:

IC mal controlada
Alteraciones NRL 2ª a embolia o sangrado
Alteraciones de la conducción
Abscesos valvulares
Fiebre persistente, hemocultivos persistentes
Válvula protésica

Recomienda:

1. Sistema OPAT asegure acceso rápido hospital ante las complicaciones
2. Visita diaria de enfermería (monitorización de ctes, signos de complicación y efectos adversos del tto)
3. Visita facultativo semanal

Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la endocarditis infecciosa (nueva versión 2009)

Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Endocarditis Infecciosa

En colaboración con la European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) y la International Society of Chemotherapy (ISC) for Infection and Cancer

Autores/miembros del Grupo de Trabajo: Gilbert Habib (Coordinador) (Francia)*, Bruno Hoen (Francia), Pilar Tornos (España), Franck Thuny (Francia), Bernard Prendergast (Reino Unido), Isidre Vilacosta (España), Philippe Moreillon (Suiza), Manuel de Jesus Antunes (Portugal), Ulf Thilen (Suecia), John Lekakis (Grecia), Maria Lengyel (Hungría), Ludwig Müller (Austria), Christoph K. Naber (Alemania), Petros Nihoyannopoulos (Reino Unido), Anton Moritz (Alemania) y José Luis Zamorano (España)

TABLA 18. Criterios que determinan la idoneidad de la terapia antibiótica parenteral en pacientes ambulatorios (OPAT) para la endocarditis infecciosa

Fase del tratamiento	Directrices de uso
Fase crítica (semanas 0-2)	Durante esta fase surgen complicaciones El tratamiento del paciente interno es preferente en esta fase <u>Considerar OPAT</u> : si hay estreptococos orales, paciente estable, sin complicaciones
Fase de continuación (más de 2 semanas)	<u>Considerar OPAT</u> : si es estable médicamente <u>No considerar OPAT</u> : si hay insuficiencia cardiaca, características ecocardiográficas preocupantes, signos neurológicos o deficiencia renal
Esencial para la OPAT	Educar al paciente y al personal Evaluaciones regulares después del alta (enfermeros 1/día; médico a cargo, 1-2/semana) Es preferible el programa dirigido por el médico, sin modelo de infusión en casa

Adaptado de Andrews et al¹⁵⁹.

Scand J Infect Dis 2008;40(1):40-3. Epub 2007 Aug 3.

Is hospital-in-the-home (HITH) treatment of bacterial endocarditis safe and effective?

McMahon JH, O'Keefe JM; Victorian Hith Outcomes Study Group, Grayson ML

Estudio prospectivo multicéntrico australiano

40 EI (29 definida /11 posibles)

16 Estafilococicas

11 estreptococias

4 otros

9 sin germen

Curación 93%

SA peor resultado peor resultado (p=0.046)

Outpatient intravenous treatment for infective endocarditis: Safety, effectiveness and one-year outcomes

Matthew R. Amodeo^{a,b,*}, Tamlin Clulow^b, John Lainchbury^c,
David R. Murdoch^{a,d}, Kate Gallagher^b, Amanda Dyer^b, Sarah L. Metcalf^b,
Alan D. Pithie^b, Stephen T. Chambers^{b,d}

^a Department of Microbiology, Canterbury Health Laboratories, Corner Hagley Ave & Tuam Street, Christchurch 8011, New Zealand

^b Department of Infectious Diseases, Christchurch Hospital, Riccarton Ave., Christchurch 8011, New Zealand

^c Department of Cardiology, Christchurch Hospital, Riccarton Ave., Christchurch 8011, New Zealand

^d Department of Pathology, University of Otago, Christchurch, P.O. Box 4345, Christchurch, New Zealand

Journal of Infection (2009) 59, 387–393

Summary Objectives: To describe the use and outcomes of outpatient antimicrobial therapy (OPAT) for infective endocarditis (IE) within the Canterbury region of New Zealand over an 8 year period.

Methods: All cases of IE admitted to Christchurch Hospital were reviewed. Prospectively collected data from our OPAT service's database and retrospective data from case notes were analysed.

Results: There were 213 episodes of IE meeting modified Duke Criteria over this time. Patients received OPAT in 100 episodes. Viridans streptococci were the infecting organism in 34, *Staphylococcus aureus* in 27, and enterococci in 10. Adverse events were encountered in 27 episodes. Of these, 24 were related to intravenous lines, infusion devices or adverse drug reactions which resolved with change of treatment. There were 3 serious adverse events which were likely to have occurred in hospital. During 12-month follow-up there were 5 further episodes of IE and 2 deaths unlikely to be directly related to the episode of IE.

Conclusions: Despite significant co-morbidities and complications, nearly half of all patients with IE, including those with disease due to *S. aureus* and enterococci, successfully completed their treatment as outpatients. Continuous infusion devices were successfully used in 32 patients, including 22 with disease due to *S. aureus*.

Prospective.
213 EI: 100 OPAT

Table 2 Duration of treatment for bacterial endocarditis with intravenous antimicrobial therapy.

Organism	Episodes OPAT administered			Episodes OPAT not administered ^a		
	n	Inpatient Days Median (range)	Outpatient Days Median (range)	Combined Days Median	n	Inpatient Days Median (range)
Viridans streptococci	34	11.5 (7–32)	16 (2–33)	27.5	19	23 (12–35)
<i>S. aureus</i>	27	16 (7–42)	20 (2–43)	36	25	32 (15–58)
Enterococci	10	18 (12–27)	24.5 (7–37)	42.5	9	40 (23–64)
Others ^b	29	13 (2–31)	18.5 (2–49)	31.5	19	26 (8–52)
TOTAL	100	14	20.5	34.5	72	31

^a Only episodes of patients who were alive at discharge included. For *S. aureus*, patients receiving oral treatment (uncomplicated right sided IE) also excluded.

^b Culture negative 11, HACEK group 5, *Streptococcus bovis* 4, Coagulase negative staphylococci 4 and 1 each of *Gemella haemolysins*, *Serratia marcesans*, *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus pyogenes* and *Streptococcus intermedius*.

Efectos adversos: 27

- 17 menores: 3 (fco)/ 11 PICC (3 recambio)
- 10 reingreso.

SA: 22 B lactamicos IC

•cefazolina 13

•Cloxacilina 9 (complicada,
residuo >10 ml x 2 días sem)

Table 3 Re-admissions on OPAT.

Final diagnosis	IE isolate	Treatment
Adverse drug reactions		
• Fever & rash	Viridans streptococci	Penicillin (CI) + Gentamicin
• Drug fever	Viridans streptococci	Penicillin (CI)
• Drug fever	Viridans streptococci	Teicoplanin (bolus)
• Diarrhoea & vomiting	Viridans streptococci	Ceftriaxone (bolus)
• Hepatitis	HACEK organism	Ceftriaxone (bolus)
• Fever & rash	<i>S. bovis</i>	Penicillin (bolus)
• Fever & rash	Culture negative HACEK	Ceftriaxone (bolus)
Renal subcapsular bleed	HACEK	Ceftriaxone (bolus)
Exacerbation CHF	<i>S. aureus</i>	Cephazolin (CI)
Angina	<i>S. pyogenes</i>	Ceftriaxone (bolus)

CI – via continuous infusion device.

Efficacy and safety of outpatient parenteral antibiotic therapy for infective endocarditis: a ten-year prospective study[☆]

Carlos Cervera^a, Ana del Río^a, Laura García^a, Marta Sala^a, Manel Almela^b, Asunción Moreno^a, Carlos Falces^c, Carlos A. Mestres^d, Francesc Marco^b, Marga Robau^a, José M. Gatell^a, José M. Miró^{a,*}
the Hospital Clinic Endocarditis Study Group[◇]

^a Service of Infectious Diseases, Hospital Clínic-IDIBAPS, University of Barcelona, Barcelona, Spain

^b Service of Microbiology, Hospital Clínic-IDIBAPS, University of Barcelona, Barcelona, Spain

^c Service of Cardiology, Hospital Clínic-IDIBAPS, University of Barcelona, Barcelona, Spain

^d Service of Cardiovascular Surgery, Hospital Clínic-IDIBAPS, University of Barcelona, Barcelona, Spain

Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011;**29(8)**:587–592

Antecedentes: La duración del tratamiento antibiótico endovenoso de la endocarditis infecciosa (EI) oscila entre 2 y 6 semanas. Aunque varios estudios indican que el tratamiento antibiótico a domicilio endovenoso (TADE) es seguro para el tratamiento domiciliario de la EI sobre válvula nativa no complicada por estreptococos del grupo viridans (EGV) la experiencia en España con TADE en la EI es limitada y los datos sobre otros tipos de endocarditis y TADE son escasos en todo el mundo.

Métodos: Estudio unicéntrico, prospectivo, de una cohorte de todos los pacientes con EI admitidos en el programa TADE en el Hospital Clínic de Barcelona entre enero de 1997 y diciembre de 2006.

Resultados: Durante el período de estudio se diagnosticaron 392 episodios consecutivos de EI en pacientes no consumidores de drogas, de los cuales 73 episodios (19%) fueron admitidos en el programa de TADE: 42 EI sobre válvula nativa, 23 EI sobre válvula protésica y 8 EI sobre cable de marcapasos. El porcentaje de inclusión en la TADE fue mayor para la EI por EGV o *Streptococcus bovis* (*S. bovis*) (32%) que para el resto de etiologías (14%; $p < 0,001$). Doce pacientes (16%) fueron reingresados debido a las complicaciones de los cuales tres fallecieron (4%). El uso de glucopéptidos fue el único factor predictor de reingreso hospitalario (OR [intervalo de confianza del 95%] 4,5 [1,2; 16,8] $p = 0,026$). No se observaron diferencias entre las EI por EGV y *S. bovis* y las EI estafilocócicas (*Staphylococcus aureus* y estafilococos coagulasa-negativos) incluidas en el TADE. Los pacientes incluidos estuvieron una mediana de 17 días en tratamiento domiciliario (rango intercuartílico de 11 a 26,5), lo que permitió un ahorro de 1.466 días de estancia hospitalaria.

Conclusiones: Estos datos sugieren que la TADE en la EI es una estrategia terapéutica segura y eficaz en el tratamiento domiciliario de pacientes seleccionados con EI por EGV y otras etiologías, aunque los pacientes que reciben glucopéptidos precisan un mayor control clínico.

392 EI en no ADVP: 73 TADE (19%)

- 42 (58%) VN
- 23 (31%) VP
- 8 (11%) cable MCP

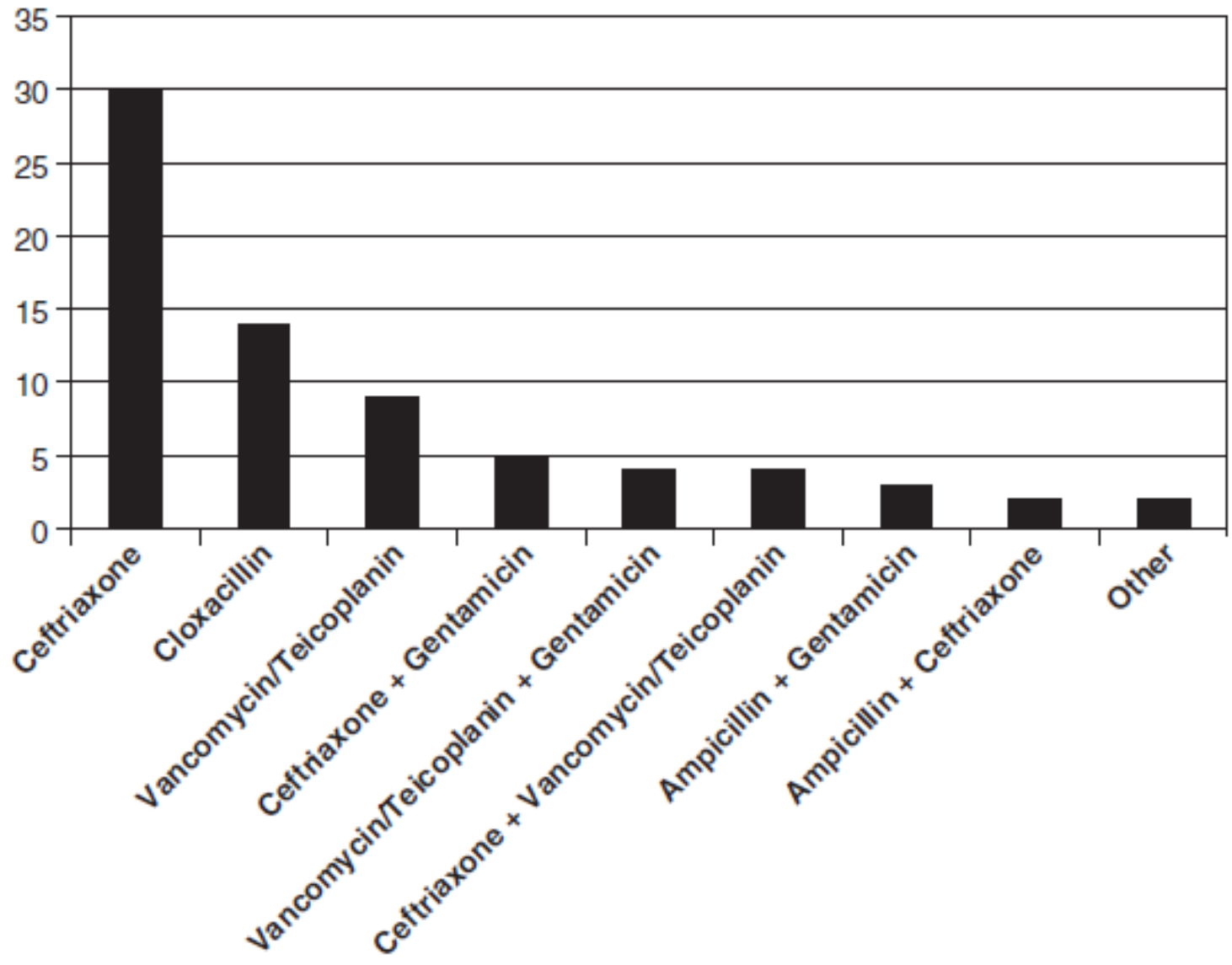
Table 2

Cases of endocarditis diagnosed at the Hospital Clinic in Barcelona (total number and those admitted to the OPAT program) during the study period, stratified by type of endocarditis and etiologic agent. Intravenous drug use-associated endocarditis was not included in the analysis as it was a contraindication for admission to the program

	Native-valve	Prosthetic-valve	Pacemaker-lead	Total	Percentage of patients included in OPAT**	Median days of admission (IQR)
<i>IE diagnosed during the study period*</i>						
VGS + <i>S. bovis</i>	71 (31%)	26 (25%)	3 (5%)	100 (26%)	32%	25 (17-36)
<i>S. aureus</i>	60 (26%)	19 (18%)	16 (28%)	95 (24%)	13%	36.5 (25-53)
CoNS	27 (12%)	21 (20%)	27 (47%)	75 (19%)	13%	30.5 (19.5-47)
<i>Enterococcus spp</i>	22 (10%)	14 (14%)	2 (4%)	38 (10%)	16%	38.5 (21-51.5)
Other	51 (22%)	24 (23%)	9 (16%)	84 (21%)	15%	32 (19-41)
<i>IE admitted to OPAT program during the study period</i>						
VGS + <i>S. bovis</i>	22 (52%)	9 (39%)	1 (13%)	32 (44%)	NA	18 (11.5-27)
<i>S. aureus</i>	8 (19%)	2 (9%)	2 (24%)	12 (16%)	NA	16.5 (6-25.5)
CoNS	3 (7%)	3 (13%)	4 (50%)	10 (14%)	NA	18 (13-26)
<i>Enterococcus spp</i>	2 (5%)	4 (17%)	0	6 (8%)	NA	24 (16-35)
Other***	7 (17%)	5 (22%)	1 (13%)	13 (18%)	NA	15 (11-17)

CoNS, coagulase-negative staphylococci; IE, infective endocarditis; IQR: Interquartile range; NA, not applicable; VGS, viridans-group streptococci.

*Excluding endocarditis associated with intravenous drug use; **Patients treated by OPAT/number of IE diagnosed during the study period by type of microorganism; ***Other etiologies admitted to OPAT included: *Haemophilus spp.* (2 cases), *Streptococcus pneumoniae* (2 cases), *Abiotrophia spp.* (1 case), *S. agalactiae* (1 case), *Alcaligenes xylosoxidans* (1 case), *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (1 case) and *Aspergillus spp.* (1 case). In 4 cases there was no microbiological isolation.



- Complicaciones: 12 pacientes
 - 9 no fatal: IC (2) sepsis catéter^(*), FOD, hemorragia, dolor abdominal^(*), dolor lumbar^(*), hipersensibilidad fco) * tto glicopeptido
 - 3 fatales (2 SCN, 1 enteroc)
 - 37 a. Leucemia remisión. El sobre VM nativa x SCN. Neumonía nosocomial (Glicopeptido)
 - 76^a. DMII. El sobre V Ao protésica x E. Faecalis. Hrr cerebral x aneurisma micótico 2 días antes de terminar tto.
 - 56 a. El nosocomial sobre VM protésica x SCN. (Glicopeptido). Dolor lumbar+ IRA. EAP

Table 4

Predictive factors for OPAT complications leading to hospital readmission

	No readmission (n=61)	Hospital readmission or death (n=12)	p
<i>Mean age (SD)</i>	60.9 (18.7)	52.2 (17.8)	0.139
<i>Male gender</i>	47 (77%)	8 (67%)	0.474
<i>Community-acquired IE</i>	53 (87%)	10 (83%)	0.665
<i>Left-sided IE</i>	53 (87%)	12 (100%)	0.409
<i>Aortic valve IE</i>	20 (33%)	6 (50%)	0.330
<i>Native valve IE</i>	34 (56%)	8 (67%)	0.484
<i>Liver cirrhosis</i>	3 (5%)	1 (8%)	0.521
<i>Neoplasm</i>	3 (5%)	1 (8%)	0.521
<i>Chronic renal failure</i>	3 (5%)	1 (8%)	0.521
<i>VGS IE</i>	28 (46%)	4 (33%)	0.347
<i>Staphylococcal endocarditis</i>	16 (27%)	6 (46%)	0.192
<i>Ceftriaxone monotherapy</i>	28 (46%)	2 (17%)	0.106
<i>Treatment with infusion pump</i>	16 (26%)	2 (17%)	0.718
<i>Treatment with glycopeptides*</i>	11 (18%)	6 (50%)	0.026
<i>Treatment with gentamicin</i>	12 (20%)	2 (16%)	1.000
<i>Treatment with 2 i.v. antibiotics</i>	19 (31%)	5 (42%)	0.513
<i>Treatment by short catheter</i>	17 (28%)	2 (17%)	0.720

IE, infective endocarditis; VGS, viridans-group streptococci.

*Vancomycin 9; Teicoplanin 8.

**Factor predictor
complicación o
readmisión:**

Tto Glicopeptido
(50%)
6/17 pac
OR4,5

Conclusión:

- 19% EI en TADE .
- Seguridad: 12 SA (2 VP, 2 MCP) buena evolución
- Precaución SCN: cautos en su inclusión
- Glicopeptido como factor predictor de readmisión

Outpatient parenteral antibiotic therapy for infective endocarditis: a review of 4 years' experience at a UK centre

David George Partridge, Emma O'Brien, Ann L N Chapman

Postgrad Med J 2012;**88**:377–381. doi:10.1136/postgradmedj-2011-130355

Revisión pacientes EI reciben OPAT enero 2006-octubre 2010

88 EI: 36 episodios en 34 pac OPAT (41%)

Criterios inclusión: estabilidad clínica.

24/36 (67%) = Alto riesgo guías IDSA (9 + de 1 factor de riesgo)

VP(11), mat extraño, SA, Enteroc., Eventos embólicos recurrentes, vegetación (6) > 10mm

Table 2 Aetiological pathogens isolated from blood cultures

Organism isolated	Episodes (%)
<i>Staphylococcus aureus</i>	7 (19.4)
Methicillin-sensitive <i>S aureus</i>	6 (16.7)
Methicillin-resistant <i>S aureus</i>	1 (2.8)
<i>Enterococcus</i> spp.	4 (11.1)
Viridans streptococci	13 (36.1)
<i>Streptococcus bovis</i>	2 (5.5)
<i>Staphylococcus lugdunensis</i>	1 (2.8)
Other coagulase negative staphylococci	5 (13.9)
Culture negative	4 (11.1)

- **Evolución favorable 34/36 episod (94%).** No recurrencia en 30 m
 - 1 paciente recidiva enterococo (prostatitis crónica)
 - 1 exitus rotura absceso raíz pulmonar
- Efectos adversos:
- N:12 (33,3%)
 - 7 asociados a cateter (4 infección (11%), 1 rotura hickman, dolor brazo PICC, alergia PICC). 4 rehospitalización
 - 3 Fco (ototoxic, nefrotox)
 - 1 diarrea clostrid
 - 1 aneurisma micótico esplénico

Evolución favorable 22/24 episodios alto riesgo

- Días hosp: 27 vs 17
- Días OPAT: 24 vs 28
- Efectos adversos: 33% ambos

Risk factors for failure of outpatient parenteral antibiotic therapy (OPAT) in infective endocarditis

Christopher J. A. Duncan^{1,2*†}, David A. Barr^{1†}, Antonia Ho¹, Emma Sharp³, Lindsay Semple¹ and R. Andrew Seaton¹

¹Glasgow OPAT Service, Brownlee Centre for Infectious Diseases, Tropical Medicine and Counselling, Gartnavel General Hospital, 1053 Great Western Rd, Glasgow G12 0YN, UK; ²Sir William Dunn School of Pathology, University of Oxford, South Parks Rd, Oxford OX1 3RE, UK; ³Department of Orthopaedics, Gate House, Glasgow Royal Infirmary, Glasgow G4 0SS, UK

J Antimicrob Chemother 2013; **68**: 1650–1654

Objectives: To identify risk factors for failure of outpatient antibiotic therapy (OPAT) in infective endocarditis (IE).

Patients and methods: We identified IE cases managed at a single centre over 12 years from a prospectively maintained database. 'OPAT failure' was defined as unplanned readmission or antibiotic discontinuation due to adverse drug reaction or antibiotic resistance. We analysed patient and disease characteristics associated with OPAT failure by univariate and multivariate logistic regression. We also analysed the association between OPAT failure and adverse disease outcome (defined as IE-related mortality or hospitalization) up to 36 months following OPAT.

Results: We identified 80 episodes of OPAT failure. The most common cause of OPAT failure was adverse drug reaction (31.2%). Factors associated with OPAT failure included renal failure (OR 8.69 (95% CI 1.8–41.8)), cardiac failure (OR 7.39 (95% CI 1.8–29.8)), and teicoplanin therapy (OR 8.69 (95% CI 1.8–41.8)). Renal failure, cardiac failure, and teicoplanin therapy were independent predictors of OPAT failure. OPAT failure predicted adverse disease outcome up to 36 months following OPAT.

Conclusions: The presence of cardiac or renal failure at the time of selecting patients with endocarditis for OPAT in the presence of cardiac or renal failure suggests that teicoplanin therapy may be associated with suboptimal OPAT outcomes. Alternative regimens to teicoplanin in the OPAT setting should be further investigated.

Definición fracaso ampliada (readmisión + interrupción de tto)
80 episodios. Fracaso 31,2%
Factores predictores: Irenal /IC (OR 7.39) y tto Teicoplanina (OR 8.69)
Fracaso de TADE: predictor mala evolución a los 36 meses.

Self-administered outpatient parenteral antimicrobial therapy (S-OPAT) for infective endocarditis: A safe and effective model



Marcos Pajarón ^{a,*}, Manuel F. Fernández-Miera ^a, Iciar Allende ^b, Ana M. Arnaiz ^c, Manuel Gutiérrez-Cuadra ^c, Manuel Cobo-Belaustegui ^d, Carlos Armiñanzas ^c, Jose R. de Berrazueta ^e, Maria C. Fariñas ^c, Pedro Sanroma ^a, on behalf of the Hospital Valdecilla Endocarditis Study Group

^a Unidad de Hospitalización a Domicilio Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Avda. Valdecilla s/n, 39008 Santander, Spain

^b Dept. Medicina de Atención Primaria y Comunitaria, Area de Salud I. C/ San Fernando 15 Sta. Cruz de Bezana, 39100 Cantabria, Spain

^c Dept. Medicina Interna, Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Avda. Valdecilla s/n, 39008 Santander, Spain

^d Intensive Care Unit, Dept. Cardiología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Avda. Valdecilla s/n, 39008 Santander, Spain

^e Dept. Cardiology Universidad de Cantabria, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Avda. Valdecilla s/n, 39008 Santander, Spain

European Journal of Internal Medicine 26 (2015) 131–136

The safety and efficacy of treatment of infectious endocarditis (IE) was evaluated within a program of hospital-in-home (HIH) and outpatient parenteral antimicrobial therapy (S-OPAT). IE episodes (n = 48 in 48 patients) were recruited into the HIH program between 1998 and 2012. Follow-up was performed at home for HIH in which a physician and/or a nurse visited the patient daily to monitor occurrence, and unexpected re-admission to HIH. Mean age was 65 years, 50% were men, mean Charlson index of 2.3 on the Charlson index and 1.5 on the Euro II index. 100% of patients had a surgical intervention); 8.3% of patients had aortic valve disease, 45.8% mitral; 70.8% of infection derived from a native valve; there was micro-organism growth, of which 83.3% were Gram positive. Mean duration of HIH was 4.8 weeks; 60.4% of this time corresponding to HIH. Re-admission occurred in 12.5% (33.3% returned to HIH to complete the S-OPAT. No deaths occurred during HIH. One year after HIH, 2 patients had recurrence and 5 patients died, in 2 of whom previous IE as cause-of-death could not be excluded. In conclusion, the S-OPAT schedule of hospital-in-home is safe and efficacious in selected patients with IE.

48 episodios EI
Comorbilidad 83% | Charlson 2.3
Readmisión 12,5% (33% completan su tto de nuevo con TADE)
No mortalidad inmediata
Seguimiento 1 año: 2 muertes relacionadas

Outpatient parenteral antimicrobial therapy for infective endocarditis: A cost-effective strategy

Traitement parentéral ambulatoire des endocardites infectieuses : une stratégie coût-efficace

A. Lacroix^a, M. Revest^{a,d}, S. Patrat-Delon^a, F. Lemaître^{b,d}, E. Donal^c, A. Lorléac'h^a, C. Arvieux^a,
C. Michelet^{a,d}, P. Tattevin^{a,*,d,e}

^a Service des maladies infectieuses et réanimation médicale, CHU Pontchaillou, 2, rue Le-Guilloux, 35033 Rennes cedex, France

^b Département de pharmacologie clinique, CHU Pontchaillou, 35033 Rennes cedex, France

^c Département de cardiologie et maladies vasculaires, CHU Pontchaillou, 35033 Rennes cedex, France

^d CIC-Inserm 0203, faculté de médecine, université Rennes 1, IFR140, 35000 Rennes, France

^e Inserm U835, faculté de médecine, université Rennes 1, IFR140, 35000 Rennes, France

Objectives. – We evaluated the benefit/risk ratio of outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) in infective endocarditis (IE).

Method. – We performed an observational retrospective study of definite IE (Duke criteria) treated in an infectious diseases unit in 2012. We compared patients having completed the treatment in hospital (H), and those deemed sufficiently stable, and with adequate home environment, for OPAT. The costs were estimated through hospital bills, and, for OPAT, through the costs of drugs and their administration (material, staff), transportation, and outpatient visits.

Results. – Eighteen out of 39 consecutive patients presenting with IE received OPAT, with a mean hospital stay of 23.5 days (vs 34.7 days for H group, $P=0.014$). No severe adverse event related to OPAT was reported. The global saving was estimated at 267,307 euros, or 14,850 euros per patient.

Conclusions. – OPAT in selected patients presenting with IE seems effective, safe, and reduces costs by approximately 15,000 euros per patient.

**Estudio retrospectivo
observacional
18 EI TADE/39 EI
EM 23.5 días vs 34,7d
Calculo costes
Ahorro: 15.000 euro/paciente**

A. Lacroix et al. / Médecine et maladies infectieuses 44 (2014) 327–330

**INFORME DE
RESULTADOS
01E.15**

Endocarditis

(04-07-2011 a 02-02-2015)

Características

- 133 episodios en 131 pacientes
- 66% varones
- Edad 65,46 (13-94 años)
- I Charlson 2,37 (0-8)

ÁREA DE PROCEDENCIA

Área Nombre	Nº de episodios
Consultas Externas	3
Domicilio	1
Hospital de Día	1
Otro Hospital	6
Planta de Hospitalización	121
Urgencias	1

SERVICIO DE PROCEDENCIA (Por especialidades)

Servicio Nombre	Nº de episodios
Aparato Digestivo	2
Cardiología	31
Cirugía Cardiovascular	24
Enfermedades Infecciosas	33
Geriatría	3
Medicina Interna	39
Urgencias-adultos	1

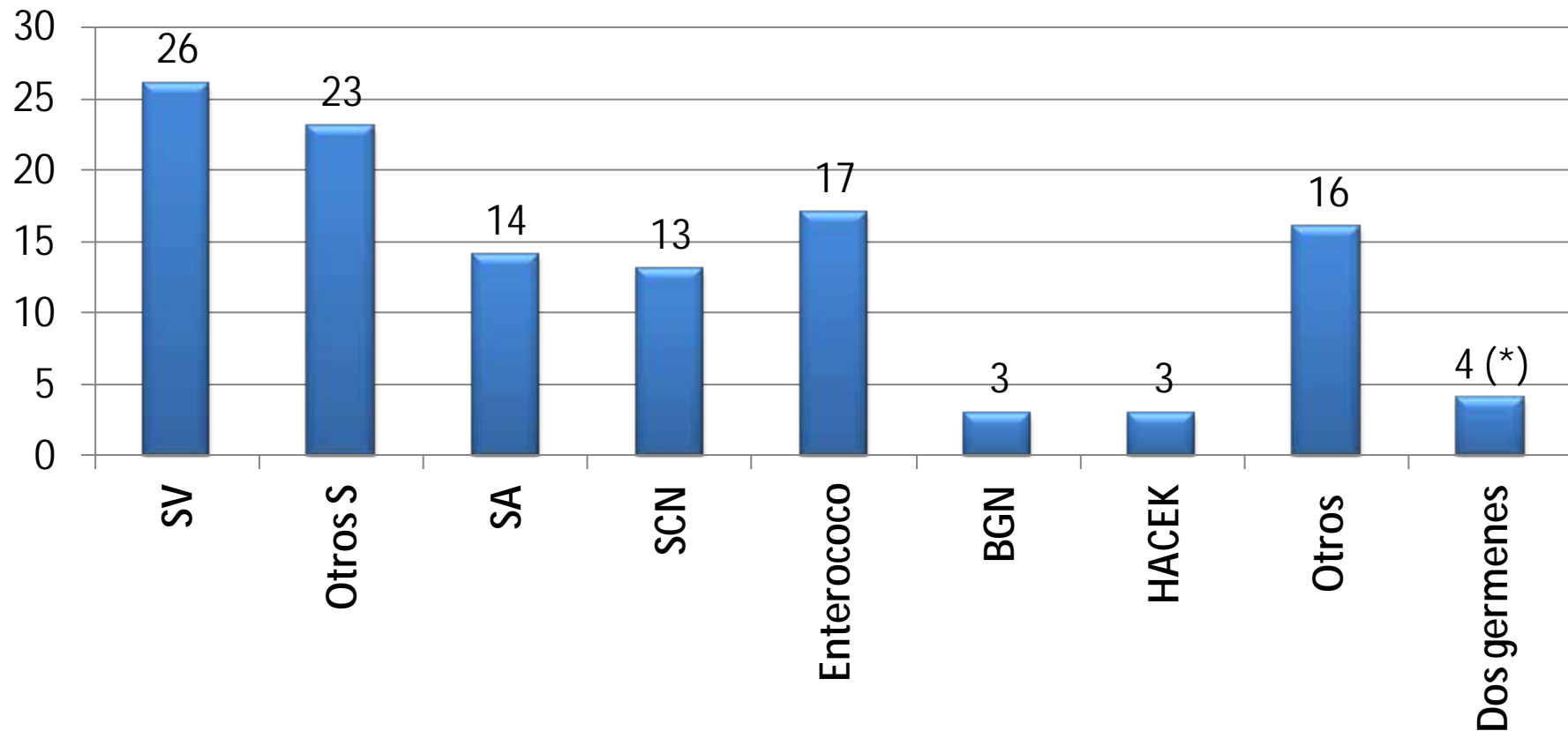
ESTANCIAS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Estancias totales	Promedio	Máx	Mín	DesvEst
2740	20,8	96	2	13,6

MICROORGANISMOS

Nombre	Nº de aislamientos
Actinobacillus spp	1
Bartonella henselae	1
Candida albicans	1
Cardiobacterium spp	1
Coxiella burnetti	1
Enterococcus faecalis	18
Escherichia coli	3
Haemophilus otras spp	1
Klebsiella pneumoniae	1
Lactococcus spp	1
Mycobacterium otras spp	1
Neisseria gonorrhoeae	1
Neisseria otras spp	1
Parainfluenza, virus	1
Propionibacterium spp	1
Staphylococcus (plasmocoagulasa negativo) otras spp	3
Staphylococcus aureus	17
Staphylococcus epidermidis	9
Staphylococcus hominis	1
Staphylococcus lugdunensis	1
Streptococcus agalactiae	3
Streptococcus grupo viridans	28
Streptococcus otras spp	20
Streptococcus pneumoniae	1
ZZ-Sin datos	9

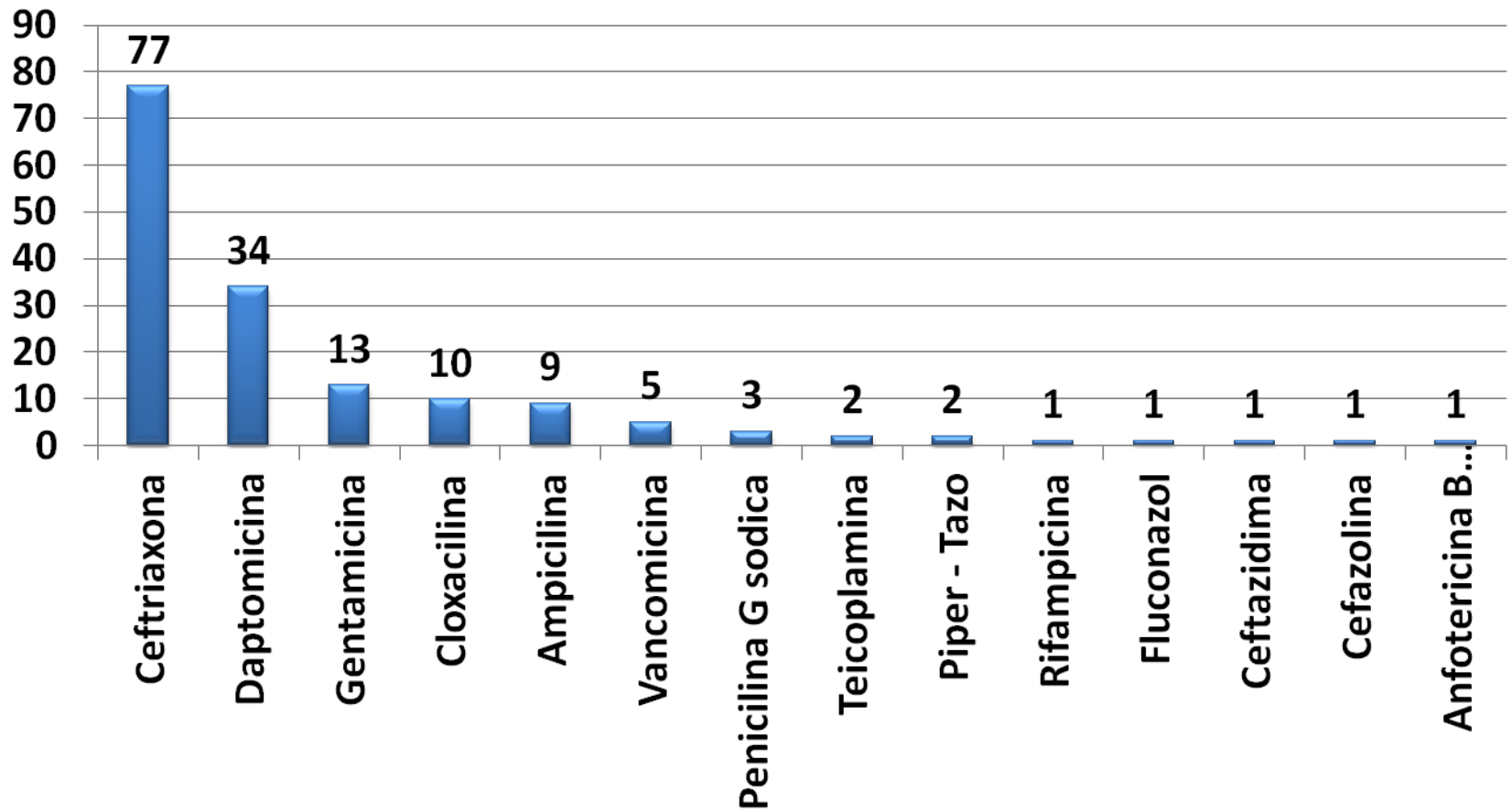
Grafico de microorganismos



Otros: *Bartonella*, *Coxiella Burnetti*, *Lactococcus*,
Neisseria (x2), *Propionibacterium*, *Mycobacteria*, *Candida*
albicans
+ 7 sin germen

(*) 2 SV + SA, 1SA+ E Coli, 1 enteroc+ SA)

Farmacos

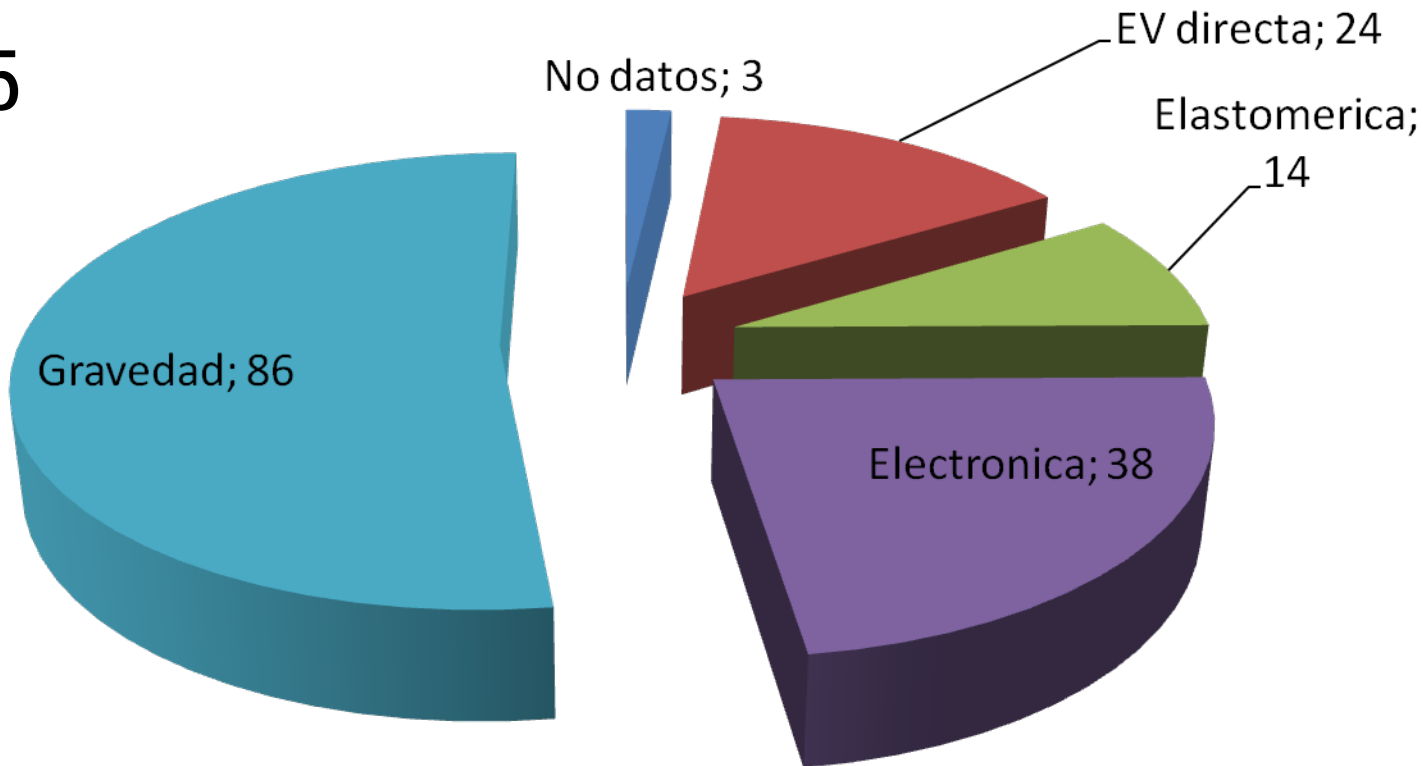


DÍAS DE TRATAMIENTO (en domicilio)

Total días	Promedio	Máx	Mín	DesvEst
3060	17,6	89	2	11,0

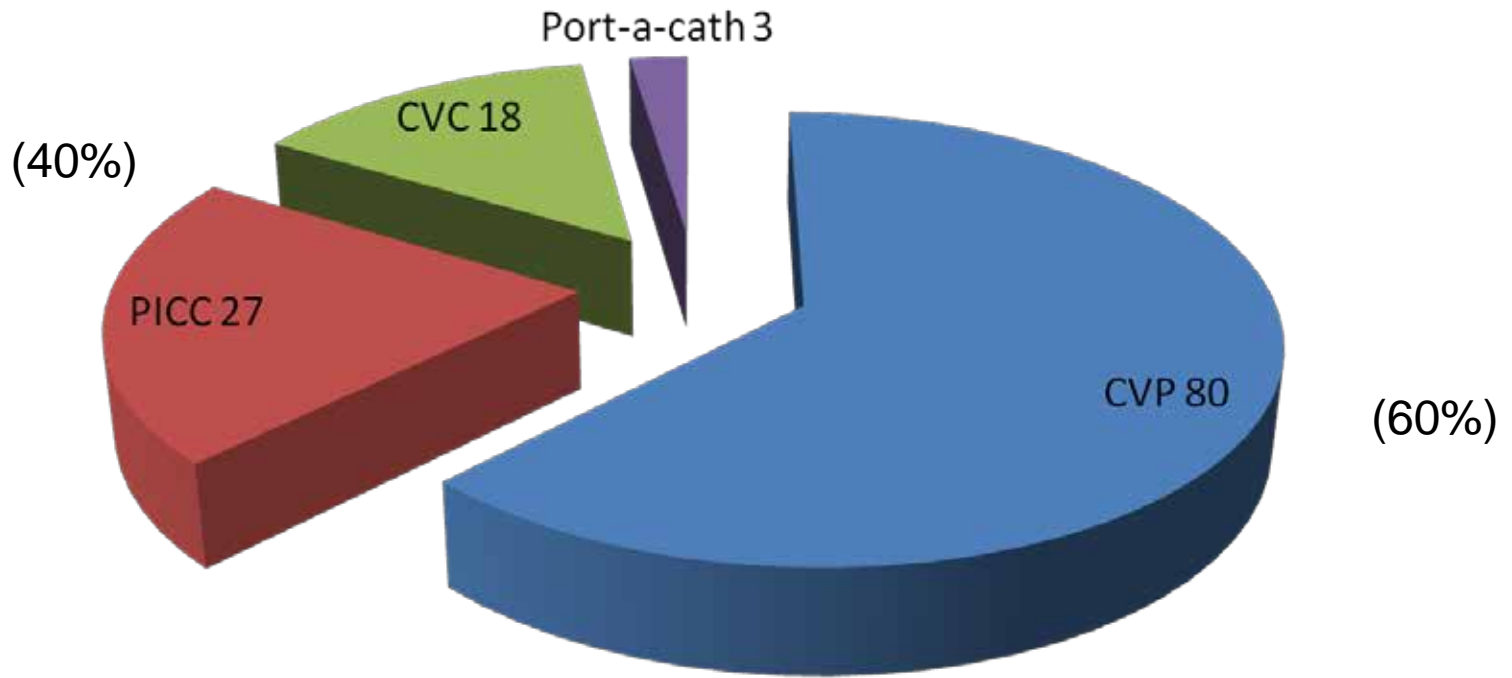
Modalidad infusión

N= 165



31% dispositivos

Catéter



Resultados

DESTINO AL ALTA

Destino al alta	Nº de episodios
Domicilio	113
Exitus	1
Otro Hospital	2
Residencia/Centro SocioSanitario	1
Retorno programado	3
Retorno relacionado	9
Retorno sin relación	4

Dom+resi+Retorno programado : 89%

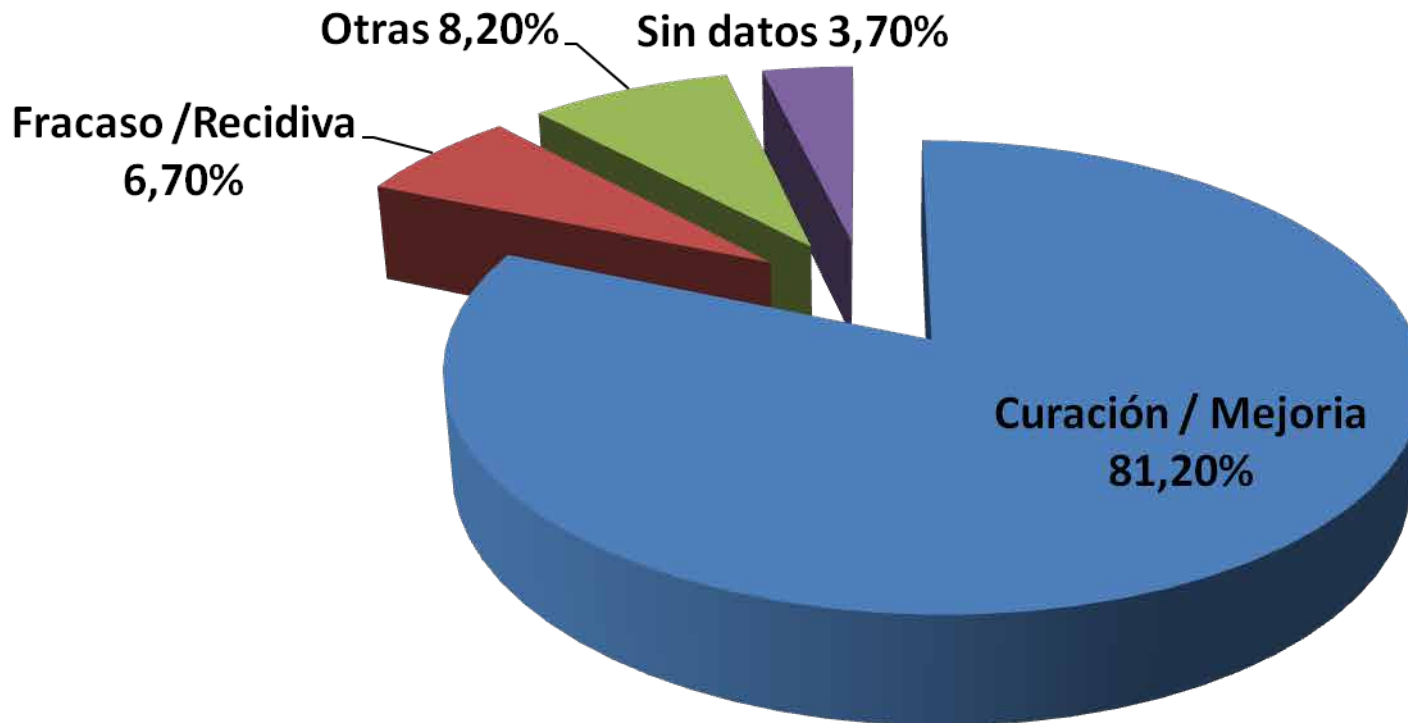
Retorno no programado: 9%

Exitus: 0,75%

Reingreso a los 30
días: 6,7% (9)

RESPUESTA CLÍNICA

Respuesta clínica	Nº de casos
Sin datos	5
Curación	85
Fracaso	7
Mejoría	23
Otras respuestas	11
Recaída	2



RESULTADO DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO

Resultado	Nº de tratamientos
Completado	145
Interrumpido	20

MOTIVO DE INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO

Motivo de interrupción	Nº de tratamientos
Acceso venoso	2
Complicación	9
Efecto adverso	6
Fracaso	2
Otros	1

Interrupción tto: 12%

Motivo:

55% complic/fracaso

30% efectos adversos

10% acceso venoso

Seguridad

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA INFECCIÓN QUE OCASIONAN TRASLADO AL HOSPITAL

Tipo de complicación	Nº de casos
Abscesificación	1
Diseminación a distancia	1
Diseminación local	1
Otras complicaciones	5
Sepsis grave	1

6,8% (n=9)

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA INFECCIÓN QUE OCASIONAN SUSPENSIÓN/MODIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO

Tipo de complicación	Nº de casos
Otras complicaciones	4

3% (n=4)

EFFECTOS ADVERSOS QUE OCASIONAN TRASLADO AL HOSPITAL

Ningún caso

EFFECTOS ADVERSOS QUE OCASIONAN SUSPENSIÓN/MODIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO

Tipo de efecto adverso	Nº de tratamientos
Neurológicos	1
Otros efectos adversos	4
Renouretelares	4

5,4% (n=9)

COMPLICACIONES DEL CATÉTER QUE OCASIONAN TRASLADO AL HOSPITAL

Tipo de complicación	Nº de episodios
Extravasación del fármaco	1
Flebitis	2
Trombosis	1

3% (n=4)

COMPLICACIONES DEL CATÉTER QUE OCASIONAN SUSPENSIÓN/MODIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO

Ningún caso

Complicaciones 12pacientes (9%)

11 no fatal:

Traslado hospital (9)

1 disem. Distancia- SA

1 abcesificación- SA

1 sepsis grave- SA+ *E Coli*

1 disemi. Local – *E. faecalis*

Otras: *SGV, 2 Strep, SCN, Bartonella* .

Cambio de tto (2):

otras- 2 *E. Faecalis*

1 fatal (SA)

Mujer 78 años. Ich 2. 20 días ingreso hospital

SA. Complicación (cloxa. Efect adverso?) à cambio tto à Exitus

	SV n=26	Otros Strept. n=23	SA n=14	SCN n=13	E. Faecalis n=17	BGN n=3	HACEK n=4	Otros n=16 (9 sin)	2 Ger n=4
ATB Hospital	13,81 d (0-31)	18,8 d (0-36)	17,5 d (0-35)	13,7 d (0-41)	15,6 d (2-36)	17,7 d (10-24)	18 d (13-23)	11,1 (0-40)	14,7 d (0-28)
TADE	18 d (3-53)	18,4 d (3-39)	16 d (8-32)	13,6 d (3-29)	18,5 d (7-38)	20,3 d (17-22)	17 (12-21)	21,3 (6-90)	19 d (6-32)
Nosocomial/ RCS	3,8%	0	21,4%	*61,5%	*22.2% (3H+1RS)	*33%	0	0	0
I. Charlson	2,4	2,9	1,8	3	2,4	3	2	1,9	1
Retorno no programado	0	*13% (2cp+1cc)	*14% (2)	7,7% (1)	5,5% (1)	No	No	12,5% (2) (1RR+1NR)	*25%(1)
Fracaso - Recidiva	3,8%(1)	0	*21,4%(3)	7,7% (1)	5,5% (1)	0	0	12,5%(2)	*25% (1)
Reingreso 30 días	3,8%	4,3%	14,3%	7,7%	0	*33%	0	0	0
Complicación Proceso/Cateter	3,8%	8,6%	*21,4%	7,7%	5,8%	0	0	6,2%	*25%
Interrupción	3,8%	13%	15,4%(2c)	16,7%	5,5%	0	0	*25% (2 Doxi+1 fracaso)	0

Gracias por vuestra atención.



Mercè Gil Bermejo
29254mgb@gmail.com