

Ponente: Maricela Valerio Minero

19. Tras el alta de El curadas...

¿Es prudente un seguimiento específico en consulta especializada de Endocarditis de estos pacientes? **SI**

¿Durante cuanto tiempo? **Un año en la mayoría, en casos especiales tal vez más**

¿Qué es lo imprescindible que debemos controlar? **EF, analítica, ETT**





2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis

The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC)

Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM)

Authors/Task Force Members: Gilbert Habib* (Chairperson) (France), Patrizio Lancellotti* (co-Chairperson) (Belgium), Manuel J. Antunes (Portugal), Maria Grazia Bongiorno (Italy), Jean-Paul Casalta (France), Francesco Del Zotti (Italy), Raluca Dulgheru (Belgium), Gebrine El Khoury (Belgium), Paola Anna Erba^a (Italy), Bernard Iung (France), Jose M. Miro^b (Spain), Barbara J. Mulder (The Netherlands), Edyta Plonska-Gosciniak (Poland), Susanna Price (UK), Jolien Roos-Hesselink (The Netherlands), Ulrika Snygg-Martin (Sweden), Franck Thuny (France), Pilar Tornos Mas (Spain), Isidre Vilacosta (Spain), and Jose Luis Zamorano (Spain)

Document Reviewers: Çetin Erol (CPG Review Coordinator) (Turkey), Petros Nihoyannopoulos (CPG Review Coordinator) (UK), Victor Aboyans (France), Stefan Agewall (Norway), George Athanassopoulos (Greece), Saide Aytekin (Turkey), Werner Benzer (Austria), Héctor Bueno (Spain), Lidewij Broekhuizen (The Netherlands), Scipione Carerj (Italy), Bernard Cosyns (Belgium), Julie De Backer (Belgium), Michele De Bonis (Italy), Konstantinos Dimopoulos (UK), Erwan Donal (France), Heinz Drexel (Austria), Frank Arnold Flachskampf (Sweden), Roger Hall (UK), Sigrun Halvorsen (Norway), Bruno Hoen^b (France), Paulus Kirchhof (UK/Germany),



Seguimiento a corto plazo



- Riesgo de **recurrencia**: 2 a 6%.
- Al dar el alta al paciente **NO** debe considerarse como “caso resuelto”.
- La regurgitación valvular residual severa puede descompensar la función ventricular izq.
- El deterioro valvular puede progresar a pesar de la curación microbiológica.
- Pueden presentar **insuficiencia cardiaca aguda**.
- La mayoría de casos se opera precozmente, necesidad de **cirugía valvular tardía** baja (3 - 8%).

Seguimiento a corto plazo



- Educación a los pacientes (**signos de alerta**) tras el alta:
 - Alerta si fiebre, escalofríos y otros signos de infección.
 - Buscar atención inmediata.
 - Extracción de HC previo a antibióticos empíricos.
- Monitorizar desarrollo de IC, se recomienda **ETT** al final del tratamiento (servirá de comparación).
 - Repetir ETT de forma seriada durante el 1er. Año de seguimiento.
 - No se especifica cada cuantos meses.



© Fotomex, Fotista.com



Seguimiento a corto plazo



- Seguimiento por el equipo de Endocarditis o por un especialista clínica de válvulas cardiacas.
- Examen clínico y ecocardiográfico por **un año**.
- Extracción de hemograma, PCR y HC de forma sistemática en la visita inicial, y después sólo si sospecha clínica.
- Mantener una adecuada **salud dental**, acudir al odontólogo de forma preventiva.
- Recomendar **higiene cutánea** (cuidado especial si tatuajes o piercing).



Seguimiento a largo plazo



- La supervivencia a largo plazo es de 80–90% en el 1er año, 70–80% al 2º. año y 60 – 70% al 5to. año.
- Mayores **predictores de mortalidad** a largo plazo:
 - Mayor edad
 - Comorbilidades
 - Recurrencias
 - Insuficiencia cardiaca (especialmente si la qx cardíaca no se pudo realizar)
- La mayoría de las recurrencias ocurren en los primeros años, también el desarrollo de IC y requerimiento de cirugía valvular.





AHA Scientific Statement

Infective Endocarditis in Adults: Diagnosis, Antimicrobial Therapy, and Management of Complications

A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association

Endorsed by the Infectious Diseases Society of America

Larry M. Baddour, MD, FAHA, Chair; Walter R. Wilson, MD; Arnold S. Bayer, MD;
Vance G. Fowler, Jr, MD, MHS; Imad M. Tleyjeh, MD, MSc;
Michael J. Rybak, PharmD, MPH; Bruno Barsic, MD, PhD; Peter B. Lockhart, DDS;
Michael H. Gewitz, MD, FAHA; Matthew E. Levison, MD; Ann F. Bolger, MD, FAHA;
James M. Steckelberg, MD; Robert S. Baltimore, MD; Anne M. Fink, PhD, RN;
Patrick O’Gara, MD, FAHA; Kathryn A. Taubert, PhD, FAHA; on behalf of the American Heart Association Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and Stroke Council

***Circulation.* 2015;132:1435-1486.**

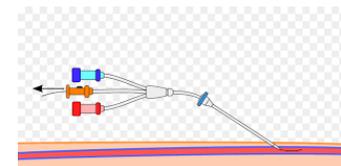
Seguimiento a corto plazo



- La ecografía es recomendable al terminar el tratamiento antibiótico para establecer un punto de comparación.
 - No se define si ETT o ETE



- **Si ADVP:** clínica de desintoxicación.
- Realizar **evaluación dental**, especialmente en pacientes que requieren remplazo valvular para erradicar fuentes de infección oral.
- Todos los **catéteres IV** usados para antibioterapia deben **retirarse** al terminar el tratamiento.



Seguimiento a corto plazo



- Educación al paciente para que busque atención médica urgente si **signos de alerta**.
 - Fiebre, escalofríos u otro síntoma infeccioso: acudirá al hospital y extracción de HC x3.
- No se recomiendan **HCs sistemáticos**
 - (baja pb de positividad si no evidencia de infección activa).
- No prescribir antibx empíricos para casos de fiebre sin foco a menos que el paciente este séptico.
- EF y analítica completa tras el fin del tratamiento.



Seguimiento a corto plazo



- Vigilar emergencia de IC.:
 - La función valvular se puede deteriorar como resultado de la infección o el estrés mecánico.
 - Examen físico y ecocardiográfico
 - Evaluación inmediata por cirugía cardíaca
- Monitorizar agudeza auditiva y función vestibular después del tratamiento (especialmente si se usaron aminoglucósidos).
 - Audiometría seriada
- Vigilar emergencia de *C. difficile* (hasta 4 sem tras el tratamiento).



Seguimiento a corto y largo plazo

Table 18. Care During and After Completion of Antimicrobial Treatment



Initiation before or at completion of therapy

Echocardiography to establish new baseline

Drug rehabilitation referral for patients who use illicit injection drugs

Education on the signs of endocarditis and need for antibiotic prophylaxis for certain dental/surgical/invasive procedures

Thorough dental evaluation and treatment if not performed earlier in evaluation

Prompt removal of intravenous catheter at completion of antimicrobial therapy

Short-term follow-up

At least 3 sets of blood cultures from separate sites for any febrile illness and before initiation of antibiotic therapy

Physical examination for evidence of heart failure

Evaluation for toxicity resulting from current/previous antimicrobial therapy

Long-term follow-up

At least 3 sets of blood cultures from separate sites for any febrile illness and before initiation of antibiotic therapy

Evaluation of valvular and ventricular function (echocardiography)

Scrupulous oral hygiene and frequent dental professional office visits

Evaluación dental



Recommendations

1. Inpatients with IE should be thoroughly evaluated by a dentist to identify and eliminate oral diseases that predispose to bacteremia and may therefore contribute to the risk for recurrent IE (*Class I; Level of Evidence C*).
2. The clinical examination should focus on periodontal inflammation and pocketing around teeth and caries that may result in pulpal infection and subsequent abscess (*Class I; Level of Evidence C*).
3. A full series of intraoral radiographs will allow the identification of caries and periodontal disease and other disease (eg, tooth fractures) not evident from the physical examination. This should occur when the patient is able to travel to a dental facility (*Class I; Level of Evidence C*).



Consulta de Endocarditis

- Durante un año tras el alta
- Mes +1, +3, +6 + 12
- Valoración integral
 - EF, analítica, ecocardio al alta y al mes +3, +6 y +12
 - PET TAC
 - Colonoscopia en los casos que no se pudo hacer durante el ingreso
 - Medicación concomitante
 - IC a cardiología, CCV, alergia y otras especialidades cuando se requiere (nefro, neuro, oftalmo, digestivo).
- Equipo multidisciplinar (GAME)
 - Enfermera
 - Casos dudosos: GAME
- Seguimiento más largo: Coxiella, tratamientos supresores, etc.

Check list Consulta EI

AL ALTA	PRIMER MES	TERCER MES	SEXTO MES	AÑO
Anamnesis - Fiebre - ICC - Diarrea - Otra toxicidad - Dientes/Piel - Antibióticos - Ingreso	Anamnesis - Fiebre - ICC - Diarrea - Otra toxicidad - Dientes/Piel - Antibióticos - Ingreso	Anamnesis - Fiebre - ICC - Diarrea - Dientes/Piel - Antibióticos - Ingreso	Anamnesis - Fiebre - ICC - Dientes/Piel - Antibióticos - Ingreso	Anamnesis - Fiebre - ICC - Dientes/Piel - Antibióticos - Ingreso
Exploración - AC - AP - Piel - Edemas	Exploración - AC - AP - Piel - Edemas	Exploración - AC - AP - Piel - Edemas	Exploración - AC - AP - Piel - Edemas	Exploración - AC - AP - Piel - Edemas
Analítica - Coulter - F. renal - F. hepática - Coagulación - Hemos?	Analítica - Hemograma - F. renal - F. hepática - Coagulación	Analítica - Hemograma - F. renal - F. hepática - Coagulación	Analítica - Hemograma - F. renal - F. hepática - Coagulación	Analítica - Hemograma - F. renal - F. hepática - Coagulación
Rx tórax				
EKG				
Ecocardio - Insuf valvular - Otros	Ecocardio si indicado	Ecocardio? - Insuf valvular - Otros	Ecocardio - Insuf valvular - Otros	Ecocardio - Insuf valvular - Otros
Consultas - Cardio/ CCV - Alergia		Consultas - Cardio/ CCV		Consultas - Cardio/ CCV