

ENDOCARDITIS INFECCIOSA

ANTIBIOTICOS EN ACCION:
RESOLVIENDO CASOS
CLINICOS CON EL EQUIPO
PROA



COMPLEJO ASISTENCIAL
DE ZAMORA

LUGAR SALON DE ACTOS H.V.C.

INICIO 05/03/2025 FIN 14/05/2025

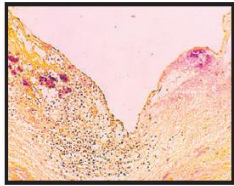


Curso / Taller

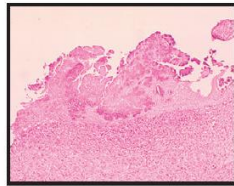
DRA. CRISTINA MARTÍN GÓMEZ
U. DE ENF. INFECCIOSAS- CAZA

DEFINICIÓN

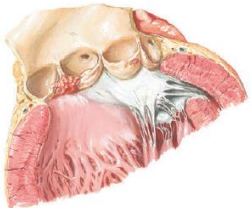
Early lesions



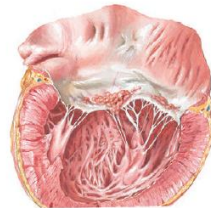
Deposit of platelets and organisms (stained dark), edema, and leukocytic infiltration in very early bacterial endocarditis of aortic valve



Development of vegetations containing clumps of bacteria on tricuspid valve



Early vegetations of bacterial endocarditis on bicuspid aortic valve

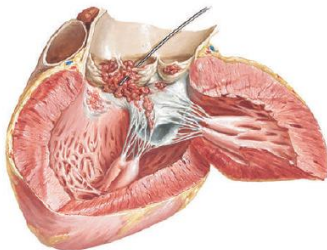


Early vegetations of bacterial endocarditis at contact line of mitral valve

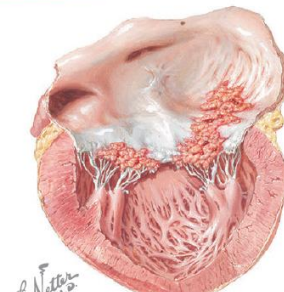
Advanced lesions



Vegetations of bacterial endocarditis on under-aspect as well as on atrial surface of mitral valve

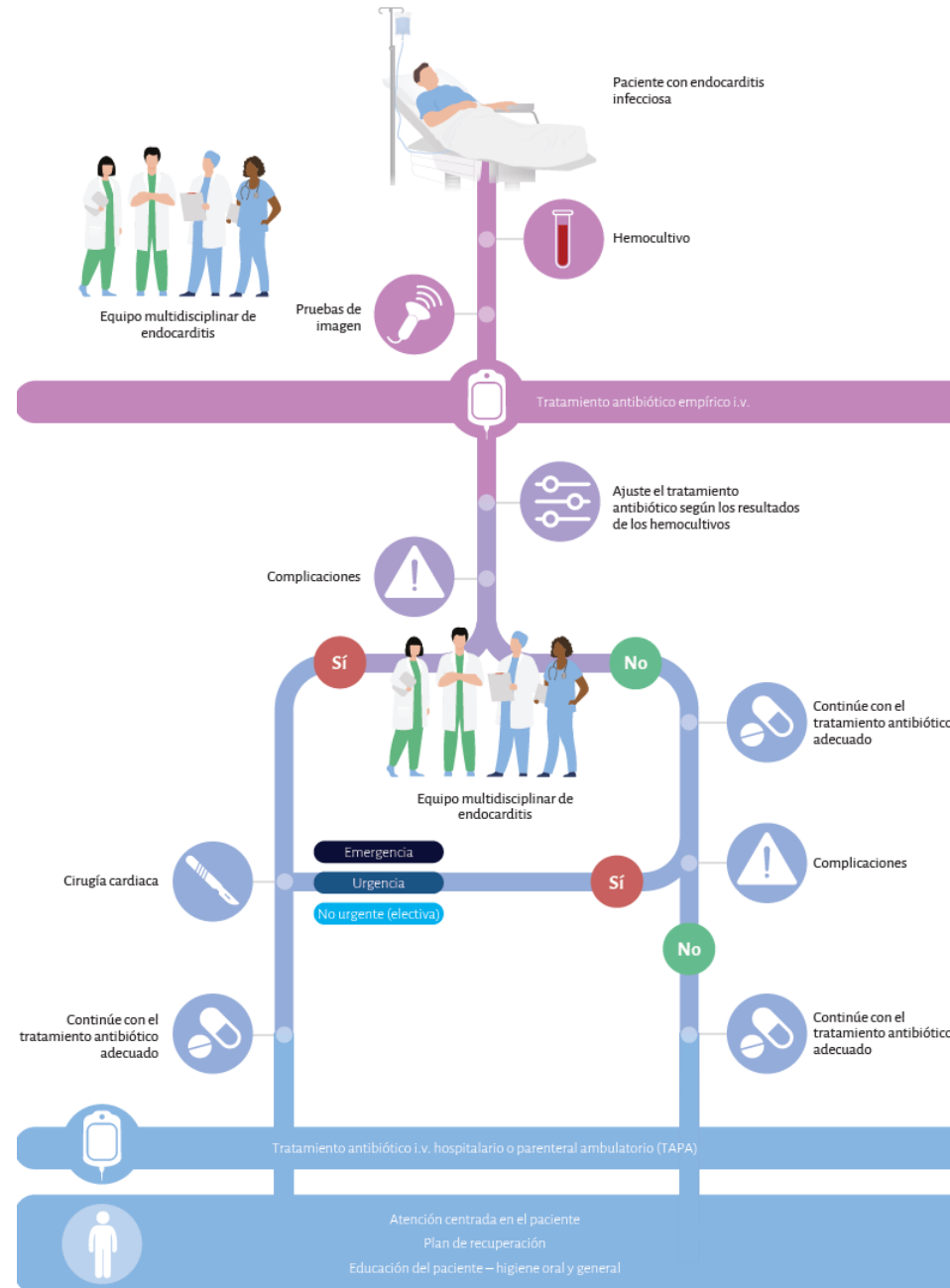


Advanced bacterial endocarditis of aortic valve: perforation of cusp; extension to anterior cusp of mitral valve and chordae tendineae: "jet lesion" on septal wall



Advanced lesion of mitral valve: vegetations extending onto chordae tendineae with rupture of two chordae; also extension to atrial wall and contact lesion on opposite

Infección de las superficies endocárdicas del corazón, principalmente de una o más válvulas cardíacas, el endocardio mural o un defecto septal.



CASO CLÍNICO

- Mujer, 29 años.
- A. P.: Gastritis crónica antral. SOP. Extracción dentaria 4 semanas antes.
- Enf.Actual: Fiebre de 39°C desde 3 días antes (+ artralgiyas y mialgiyas) tras lo cual comienza con cefalea.
- Alteración del nivel de conciencia de unas horas de evolución: desconexión del medio, lenguaje incoherente y agitación psicomotriz.

E.F.:

- Fc 93 x'. SatO2 99%. TA 59/39.
- Glasgow 10 (O2M4V4).
- Agitada. Llanto frecuente. Kernig positivo. Brudzinski negativo.
- Resto normal



CASO CLÍNICO

- Mujer, 29 años.
- A. P.: Gastritis crónica antral. SOP. **Extracción dentaria 4 semanas antes.**
- Enf.Actual: Fiebre de 39°C desde 3 días antes (+ artralgias y mialgias) tras lo cual comienza con cefalea.
- Alteración del nivel de conciencia de unas horas de evolución: desconexión del medio, lenguaje incoherente y agitación psicomotriz.

E.F.:

- Fc 93 x'. SatO2 99%. TA 59/39.
- Glasgow 10 (O2M4V4).
- Agitada. Llanto frecuente. Kernig positivo. Brudzinski negativo.
- Resto normal



FACTORES Y PROCEDIMIENTOS DE RIESGO

RIESGO ALTO

- El previa.
- Implante quirúrgico o transcáteter de válvulas protésicas y con cualquier material empleado para la reparación valvular cardiaco.
- Cardiopatía congénita.
- Dispositivos de asistencia ventricular
- Procedimientos dentales.
- Intervenciones cardiacas o vasculares.
- Otros procedimientos

RIESGO INTERMEDIO

- Cardiopatía reumática.
- Valvulopatía degenerativa no reumática.
- Anomalías valvulares congénitas.
- Dispositivos electrónicos cardiacos implantables.
- Miocardiopatía hipertrófica.

CASO CLÍNICO

- Hemograma: Htcs 3.900.000. Hb 12.9. Htco 34.7%. Leucocitos 6.090 cels/mm³ (N 5.400. L 500). Plaquetas 100.000/ mm³.
- Coagulación: TP 63%. INR 1.39. TTPA 28''.
- Bioquímica: Glucosa 109 mg/dl. Urea 39 mg/dl. Creat 0.95 mg/dl. Procalcitonina 5.04 ng/mL. Na 128 mEq/l. K 3.1 mEq/l. PCR 477 mg/L.
- GAB: pH 7.43. pO2 66. pCO2 32. HCO3: 21.2. Exceso de bases -3.1. Lactato 2.
- TAC craneal: Sin signos de patología intracraneal aguda.
- LCR: Glucosa 62 mg/dl. Prot 80 mg/dl. Htcs 20 he/μl. Leucocitos 380 l/ μl. Mononucleares 8%. Polinucleares 92%. Líquido ligeramente turbio. Xantocromía negativa.

CASO CLÍNICO

MICROBIOLOGÍA:

- Frotis faríngeo y nasal: **SARM**.
- Hemocultivos: **SARM (4/4)**.
- Urocultivo : **SARM (> 100.000 UFC/ml)**.
- LCR: PCR múltiple meningitis - Cultivo negativo.

PRUEBAS DE IMAGEN:

- Ecocardiograma: VI izdo de tamaño en límite alto de la normalidad con **función global en límite bajo** sin alteraciones en la contractilidad segmentaria. Mínima insuficiencia mitral y tricuspídea con válvulas anatómicamente normales. No imágenes sugerentes de endocarditis. Cavidades derechas normales. No derrame pericárdico.

DIAGNÓSTICO

- *Datos clínicos*
+
- *Datos microbiológicos*
+
- *Detección de lesiones cardiacas mediante técnicas de imagen*

CASO CLÍNICO

TRATAMIENTO

- Ceftriaxona 2 gr/12 h.
- Aciclovir 10 mg/kg/8 h.
- Vancomicina: según dosis recomendadas por Farmacia.

DIAGNÓSTICO

- Bacteriemia por SARM de foco no filiado (sospecha de foco en SNC).

TRATAMIENTO:

- Linezolid perfusión continua.
- Daptomicina iv.

CASO CLÍNICO

EF:

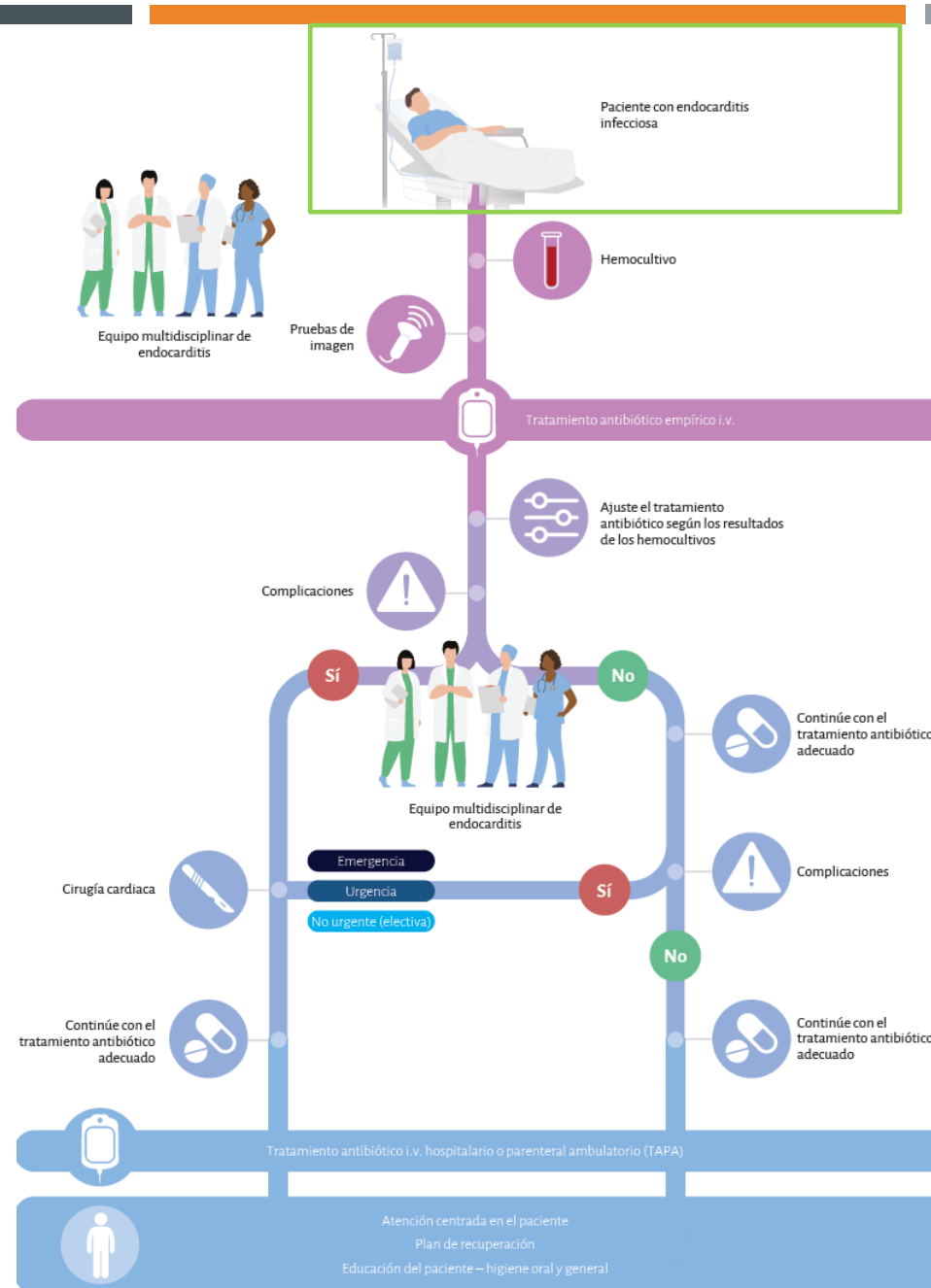
- T^a 36.5°C.TA 90/50.
- Bradipsiquia. Hiperalgesia generalizada. Hipoacusia. Signo de Kernig +.
- AC: Soplo sistólico en foco mitral II/VI.
- Hemorragias en astilla. Nódulos de Osler.



ETE:

Imagen de endocarditis 11 x 9 mm adherido a valva posterior de válvula nativa mitral. Insuficiencia mitral ligera.





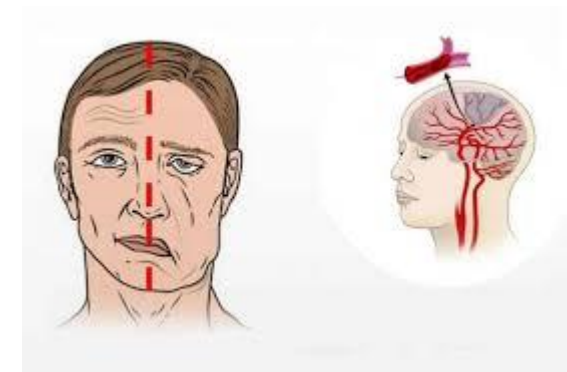
SOSPECHA CLÍNICA

Presencia de fiebre y hemocultivos positivos en ausencia de un foco alternativo de infección, particularmente en pacientes con uno o más factores de riesgo.

Factores de riesgo cardiaco
Endocarditis infecciosa previa
Valvulopatía cardiaca
Válvula cardiaca protésica
Catéter venoso central o arterial
Dispositivo electrónico cardiaco implantable transvenoso
Cardiopatía congénita
Factores de riesgo no cardiacos
Catéter venoso central
Personas que se inyectan drogas
Inmunosupresión
Procedimientos dentales o quirúrgicos recientes
Hospitalización reciente
Hemodiálisis

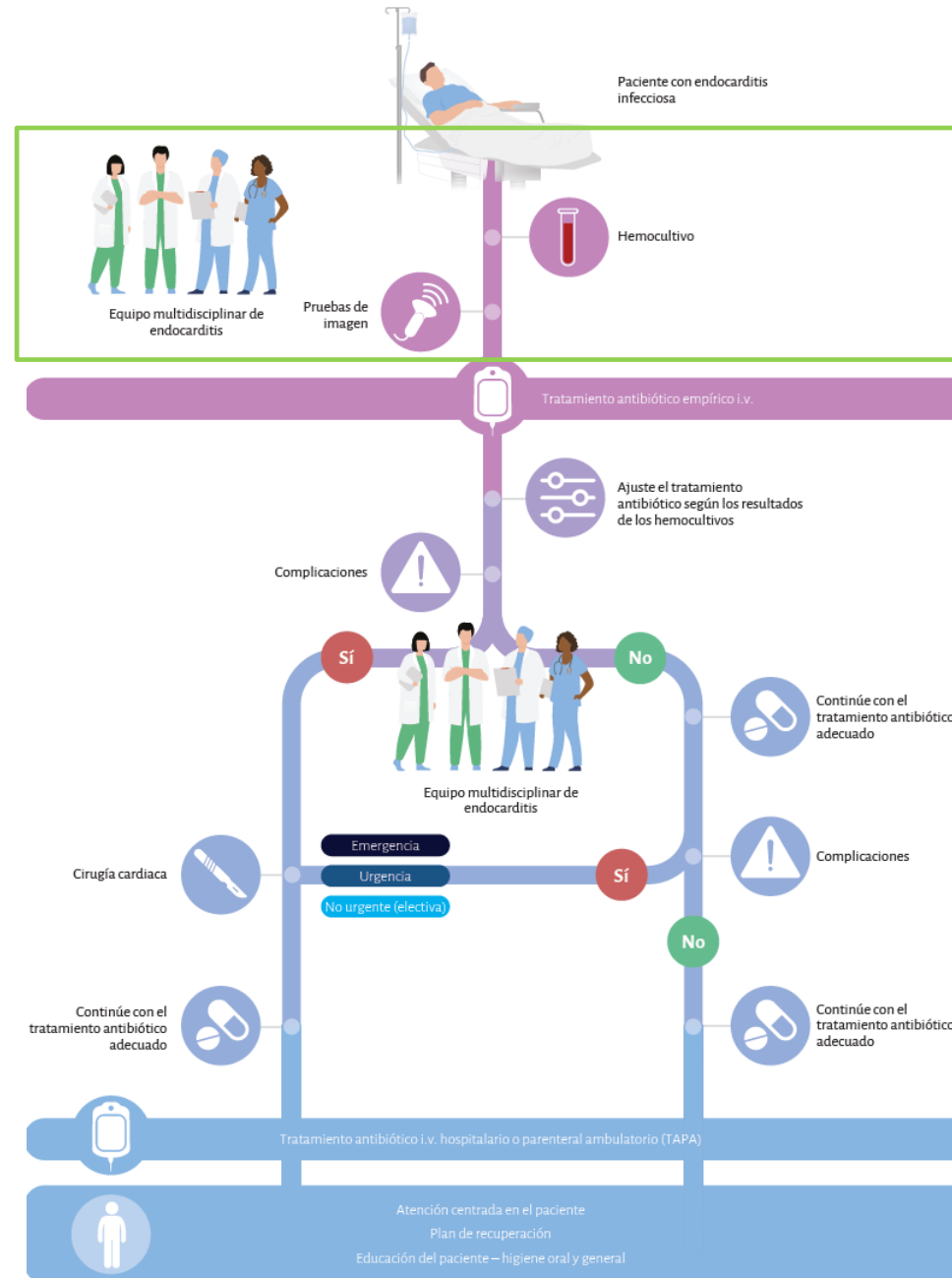
PRESENTACIÓN CLÍNICA

- Fiebre asociada a síntomas sistémicos (escalofríos, malestar general, cuadro constitucional...)
 - **OJO!** Pacientes ancianos o inmunosuprimidos
- Presencia o empeoramiento de un soplo cardíaco.
- Embolismos sistémicos
 - Ictus.
 - Infartos pulmonares, renales o esplénicos.
- Descompensación de insuficiencia cardíaca.



PRESENTACIÓN CLÍNICA. Presentaciones atípicas

- Fenómenos vasculares:
 - Aneurismas micóticos en distintas localizaciones.
 - Embolismos infrecuentes.
 - Hemorragias subconjuntivales.
 - Hemorragias en astilla.
 - Lesiones de Janeway
 - Extensión hematógena de la infección a distintos órganos.
- Fenómenos inmunitarios
 - Glomerulonefritis.
 - Nódulos de Osler.
 - Manchas de Roth.
 - Elevación de factor reumatoide.
- Invasión local:
 - Abscesos cardiacos, fístulas, pseudoaneurismas,....



DIAGNÓSTICO

- Analítica:
 - Hemograma, PCR, VSG, función renal y hepática.
 - Serologías.

DIAGNÓSTICO

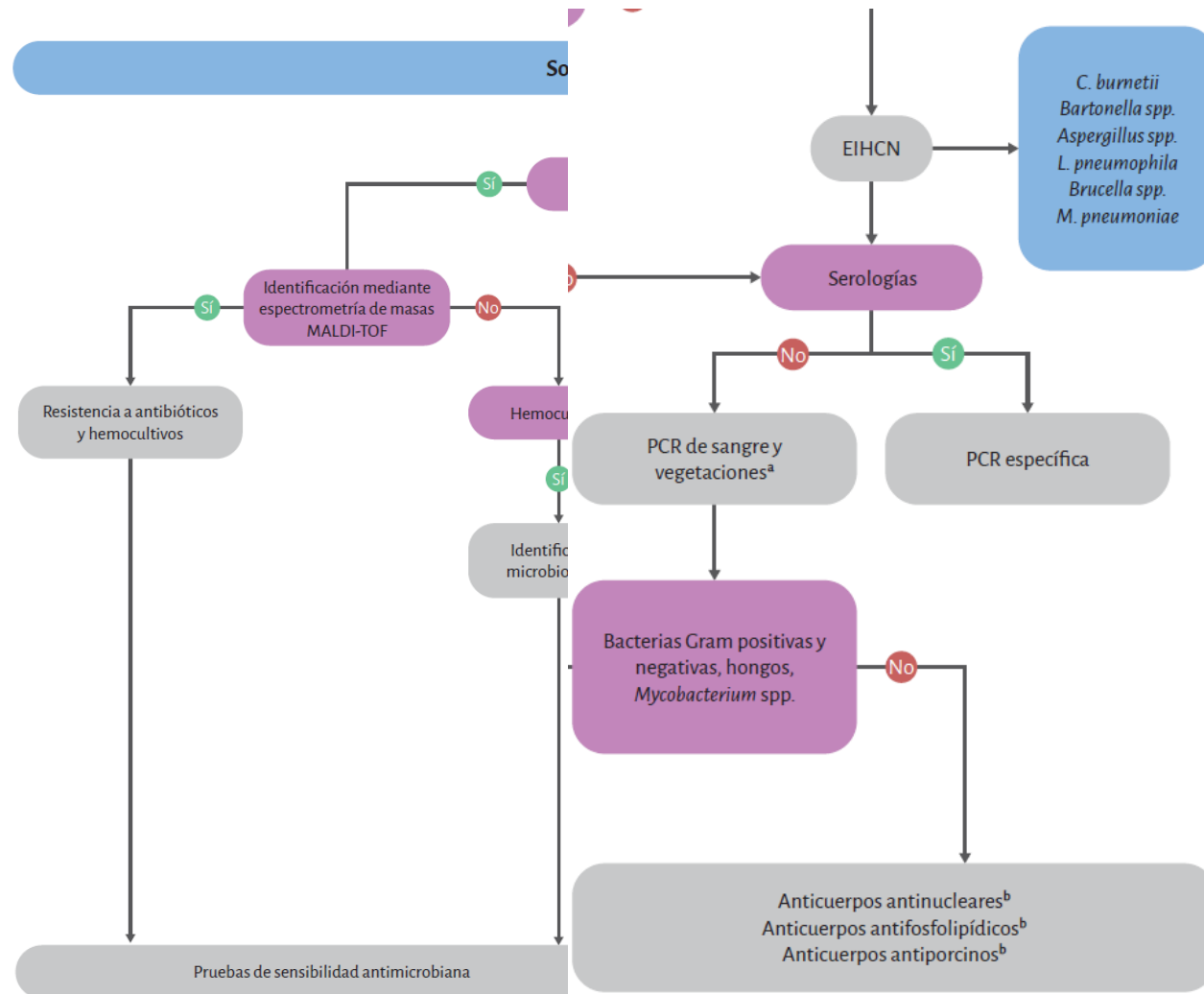
- Analítica.
- Hemocultivos seriados (3 tomas separadas)



Hemocultivos negativos?

Antibioterapia previa
Hongos.
Bacterias de difícil crecimiento.

DIAGNÓSTICO: EI CON HEMOCULTIVOS NEGATIVOS



DIAGNÓSTICO

- Analítica.
- Hemocultivos seriados (3 tomas separadas)
- Ecocardiografía transtorácica y transesofágica

DIAGNÓSTICO

- Analítica.
- Hemocultivos seriados (3 tomas separadas)
- Ecocardiografía transtorácica y transesofágica
- TC. Resonancia magnética o PET-TAC en casos de El complicada

TAC

- Diagnóstico de El y complicaciones cardiacas.
- Detección de lesiones distantes y fuentes de bacteriemia.
- Evaluación preoperatoria.
- Diagnóstico alternativo.

DIAGNÓSTICO

- Analítica.
- Hemocultivos seriados (3 tomas separadas)
- Ecocardiografía transtorácica y transesofágica
- Resonancia magnética o PET-TAC en casos de EI complicada

Resonancia magnética

- Diagnóstico de EI y complicaciones cardiacas.
- Diagnóstico de complicaciones neurológicas relacionadas con EI.
- Diagnóstico de lesiones de la columna vertebral.

DIAGNÓSTICO

- Analítica.
- Hemocultivos seriados (3 tomas separadas)
- Ecocardiografía transtorácica y transesofágica
- Resonancia magnética o PET-TAC en casos de EI complicada

PET-TC y SPECT-TC

- Diagnóstico de EI y complicaciones cardiacas.
- Detección de lesiones distantes y fuentes de bacteriemia.
- Monitorización de la respuesta al tratamiento antimicrobiano mediante PET-TAC en pacientes con EI establecida e indicación de cirugía, pero que no pueden ser operados debido a un riesgo quirúrgico excesivo y permanecen con tratamiento supresor crónico.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS. Criterios modificados de Duke

Criterios mayores

Criterios menores

Clasificación de la EI (durante el ingreso y el seguimiento)

Definitiva

- 2 criterios mayores
- 1 criterio mayor y al menos 3 criterios menores
- 5 criterios menores

Posible

- 1 criterio mayor y 1 o 2 criterios menores
- 3-4 criterios menores

Descartada

- No cumple los criterios de EI definitiva o posible durante el ingreso, con o sin un diagnóstico alternativo firme

Criterios mayores

(i) Hemocultivos positivos para EI

- (a) Microorganismos típicos compatibles con EI en dos hemocultivos separados: estreptococos orales, *Streptococcus gallolyticus* (previamente *S. bovis*), grupo HACEK, *S. aureus*, *E. faecalis*
- (b) Microorganismos compatibles con EI en hemocultivos positivos continuos:
 - ≥ 2 hemocultivos positivos de muestras sanguíneas obtenidas con > 12 h de separación
 - En 3 o en la mayoría de ≥ 4 hemocultivos separados (la primera y la última muestra obtenidas con ≥ 1 h de separación)
- (c) Un único hemocultivo positivo para *C. burnetii* o títulos de anticuerpos de IgG fase I $> 1:800$

(ii) Pruebas de imagen positivas para EI:

Lesiones valvulares, perivalvulares/periprotésicas, anatómicas y metabólicas de material extraño características de EI detectadas mediante cualquiera de las siguientes técnicas de imagen:

- Ecocardiografía (ETT y ETE)
- TC cardiaca
- ^{18}F -FDG-PET/ATC
- SPECT/TC con leucocitos marcados con isótopos

Criterios menores

(i) Enfermedades predisponentes (como cardiopatía predisponente con riesgo alto o intermedio de EI o ADVP)^a

(ii) Fiebre, definida como temperatura > 38°C

(iii) Diseminación vascular embólica (incluida la asintomática detectada solo por imagen):

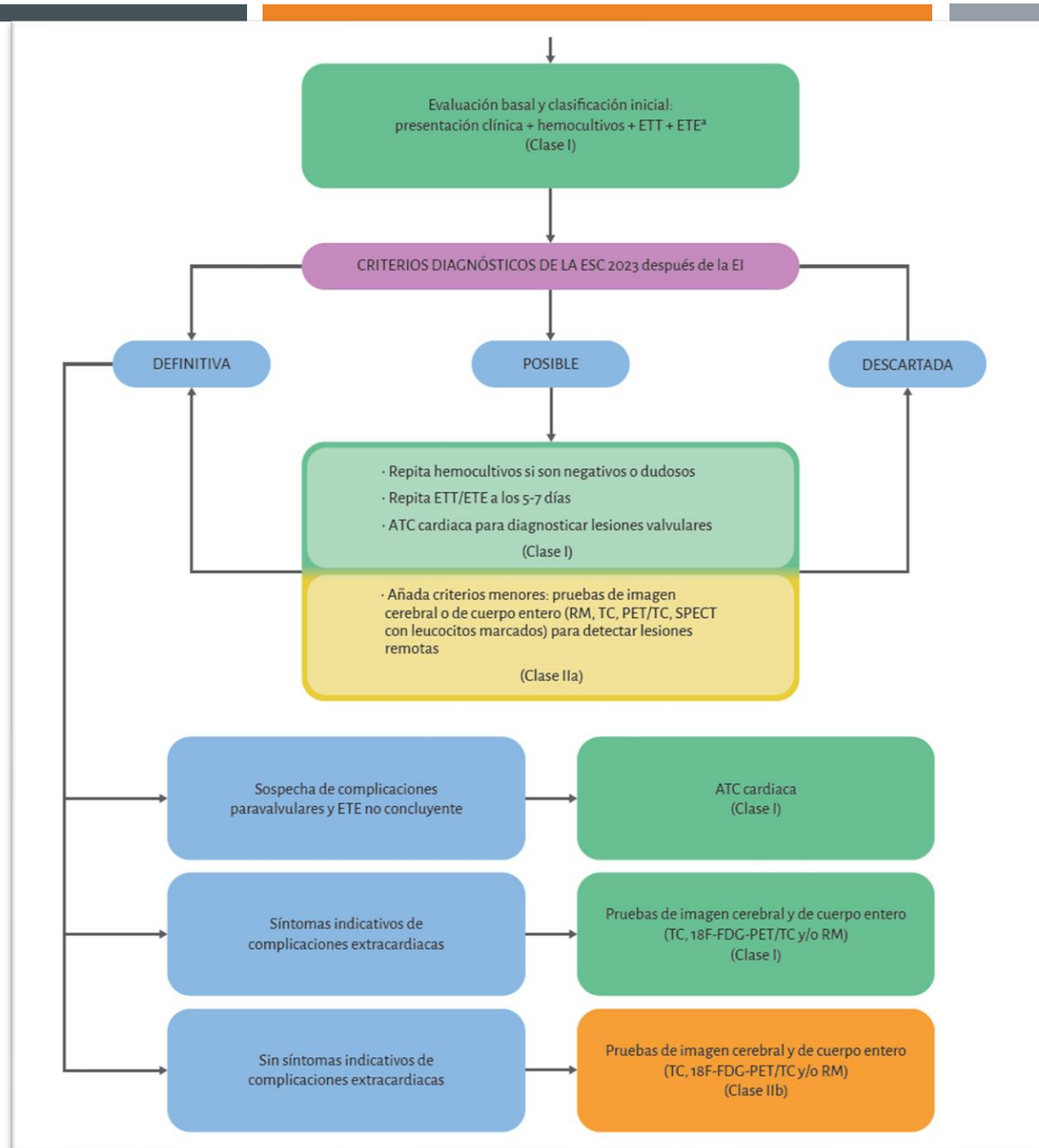
- Émbolos/infartos y abscesos sistémicos y pulmonares mayores
- Complicaciones sépticas osteoarticulares hematógenas (espondilodiscitis)
- Aneurismas micóticos
- Lesiones intracraneales isquémicas/hemorragicas
- Hemorragias conjuntivales
- Lesiones de Janeway

(iv) Fenómenos inmunitarios:

- Glomerulonefritis
- Nódulos de Osler y manchas de Roth
- Factor reumatoide

(v) Evidencia microbiológica:

- Hemocultivo positivo que no cumple un criterio mayor de los que se indican más arriba
 - Evidencia serológica de infección activa por un microorganismo compatible con EI
-



PREDICTORES DE MALA EVOLUCIÓN

Patient characteristics

- Older age.
- Prosthetic valve IE.
- Haemodialysis.
- Unsuitable for surgery (e.g. frailty).
- Diabetes mellitus.
- High Charlson Comorbidity Index.

Clinical complications of IE

- Heart failure.
- Cerebral complications.
- Septic shock.
- Renal failure.

Microbiological features

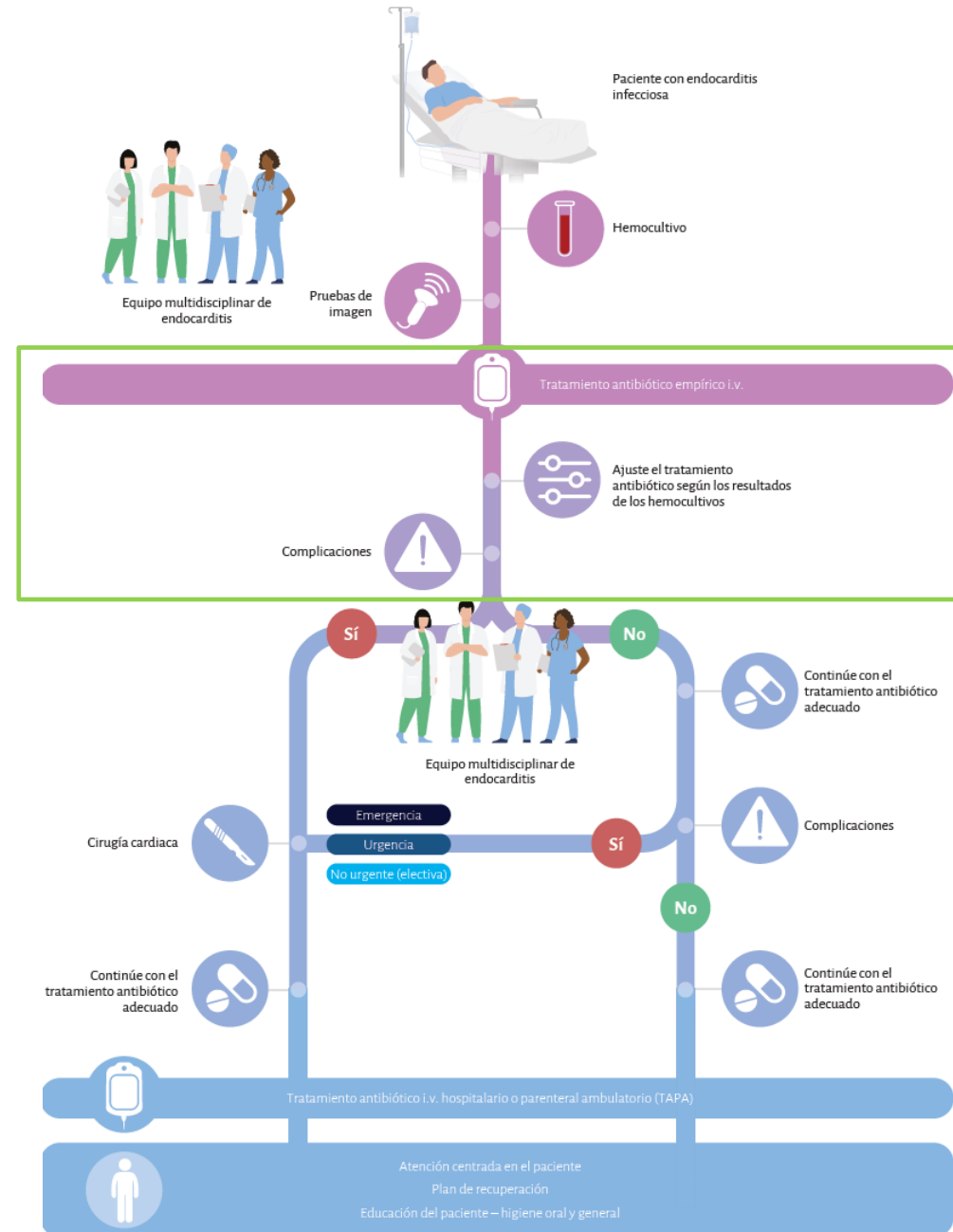
- *S. aureus*.
- Fungi.
- Non-HACEK Gram-negative bacilli.
- Persistent bacteraemia.

Echocardiographic findings

- Periannular complications.
- Left-sided infective endocarditis.
- Vegetation size >10 mm.
- Severe left-sided valve regurgitation.
- Reduced left ventricular ejection fraction.
- Pulmonary hypertension.
- Prosthetic valve dysfunction.
- Severe diastolic dysfunction or echocardiographic signs of elevated left ventricular diastolic pressures.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- PRESENCIA DE BACTERIEMIA PERSISTENTE SIN VEGETACIÓN.
- PRESENCIA DE VEGETACIÓN EN AUSENCIA DE BACTERIEMIA.



CASO CLÍNICO

DIAGNÓSTICO

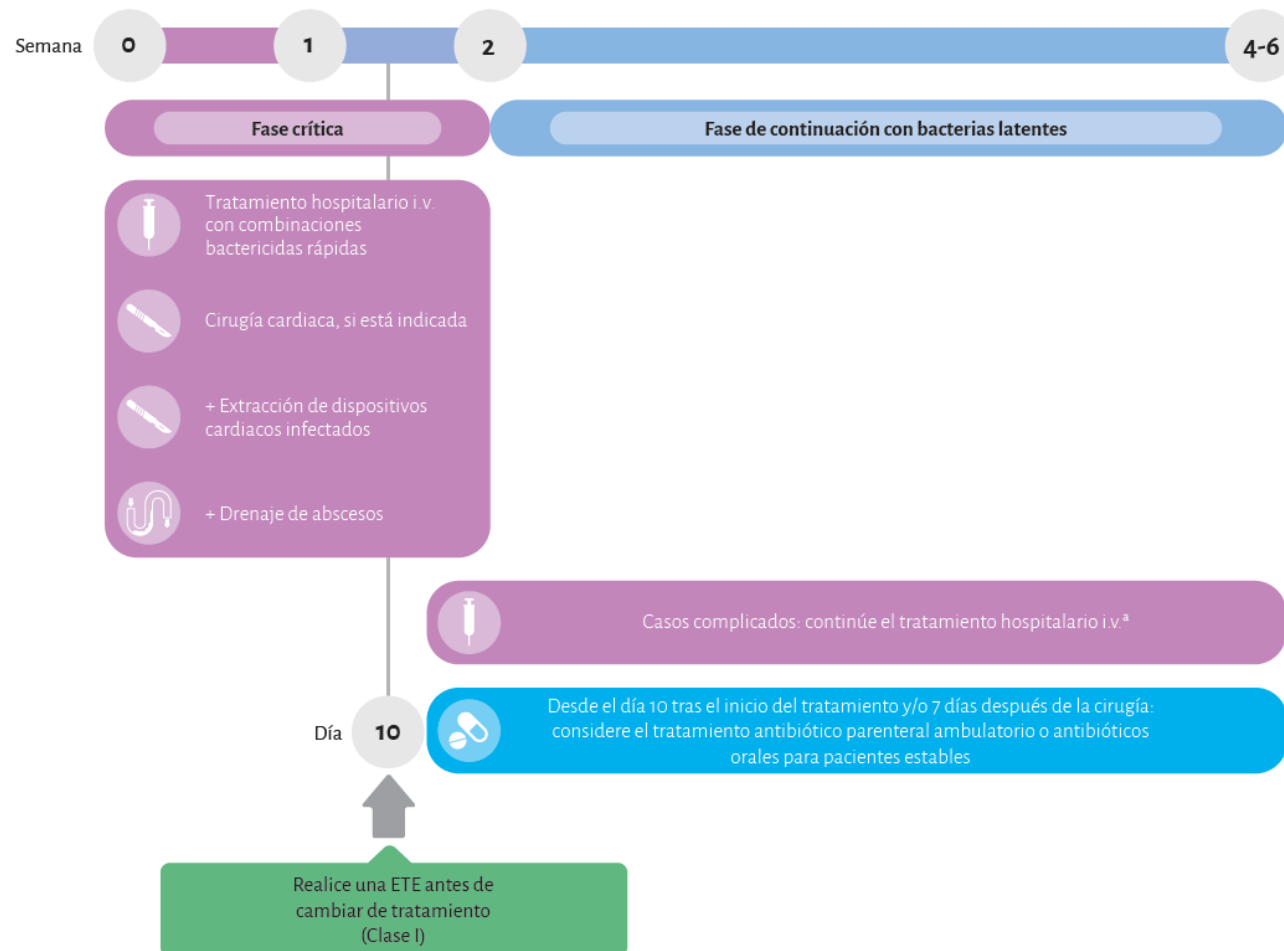
- ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE VALVULA MITRAL NATIVA POR SARM.
- EMBOLISMOS A DISTANCIA.
- POSIBLE AFECTACIÓN SNC.

TRATAMIENTO:

- Linezolid perfusión continua.
- Daptomicina iv.

TRATAMIENTO

Fases del tratamiento antibiótico de la endocarditis infecciosa



TRATAMIENTO

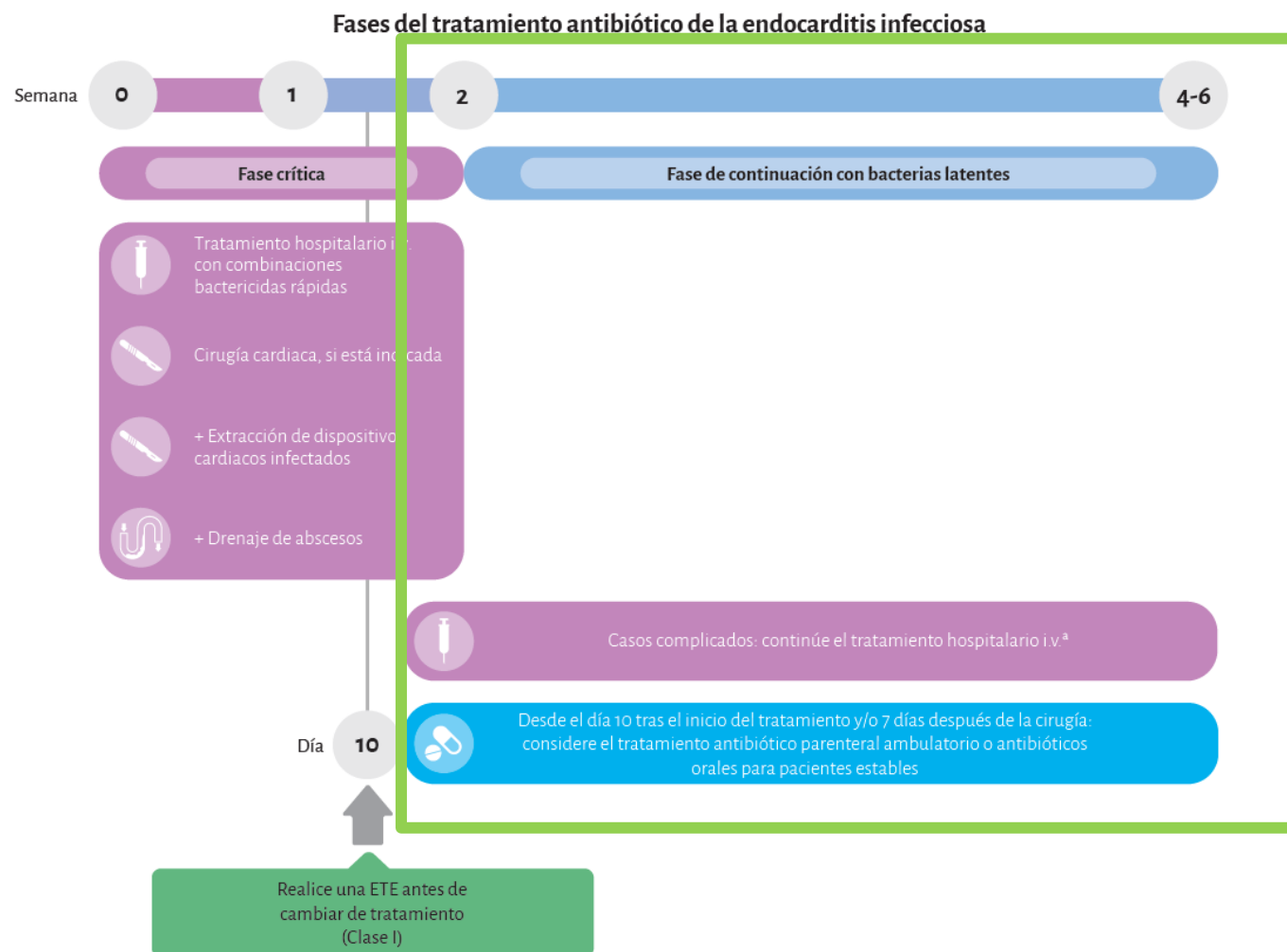
EVN y EVP tardía = Estafilococos. Streptococos. Enterococos.

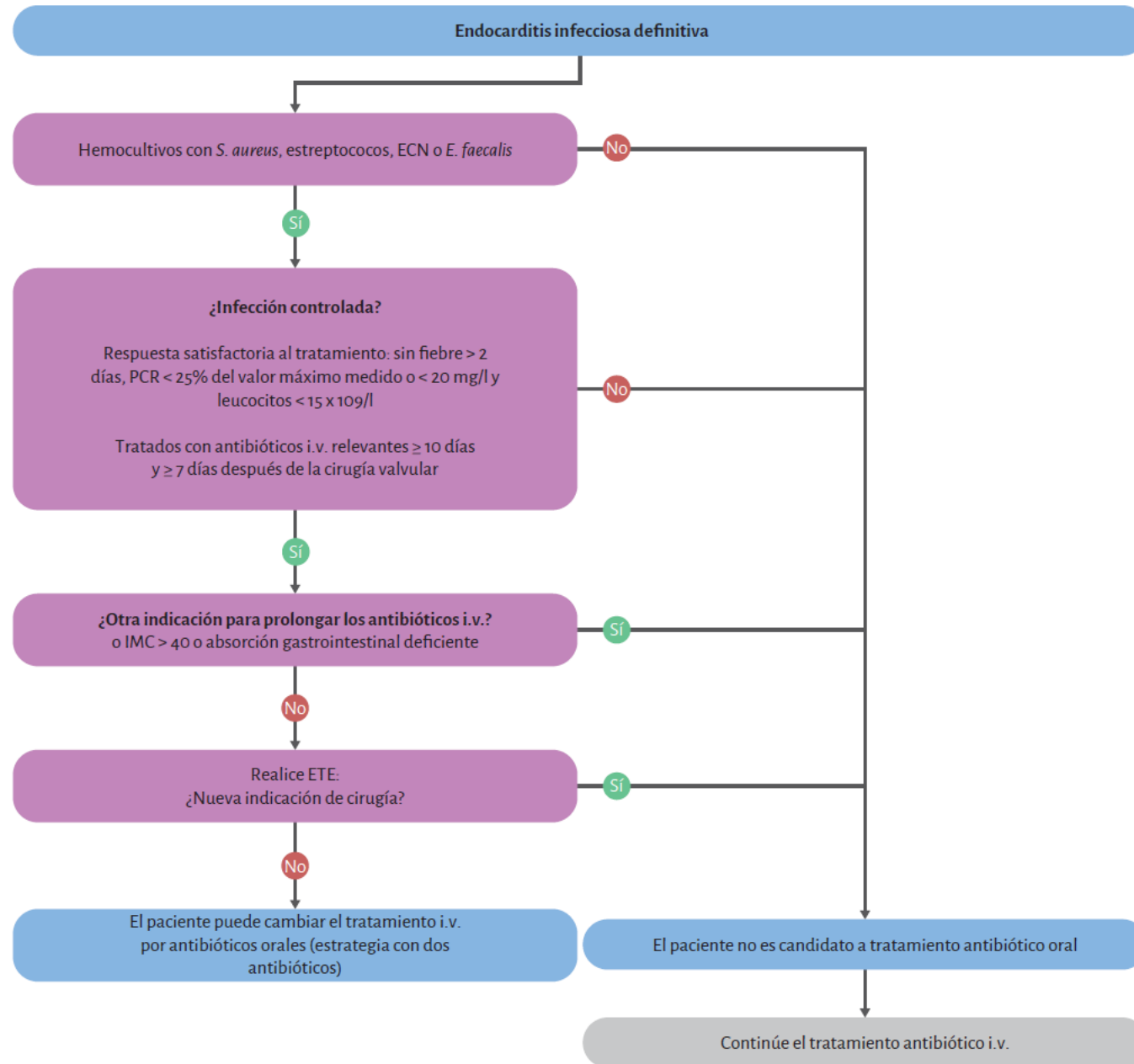
EVP temprana o EI asociada a la asistencia sanitaria = Estafilococos resistentes a meticilina. Enterococos.
Gram negativos no HACEK.

Recomendaciones		Clase ^b	Nivel ^c
En pacientes con EVN adquirida en la comunidad o EVP tardía (≥ 12 meses después de la cirugía), se debe considerar el tratamiento con ampicilina combinada con ceftriaxona o con (flu)cloxacilina y gentamicina, con las siguientes dosis ²⁵⁵ :			
<i>Dosis y vía de administración para adultos</i>		IIa	C
Ampicilina	12 g/día i.v. en 4-6 dosis		
Ceftriaxona	4 g/día i.v. o i.m. en 2 dosis		
(Flu)cloxacilina	12 g/día i.v. en 4-6 dosis		
Gentamicina ^d	3 mg/kg/día i.v. o i.m. en 1 dosis		
<i>Dosis pediátrica y vía de administración</i>		IIa	C
Ampicilina	300 mg/kg/día i.v. en 4-6 dosis divididas en partes iguales		
Ceftriaxona	100 mg/kg i.v. o i.m. en 1 dosis		
(Flu)cloxacilina	200-300 mg/kg/día i.v. en 4-6 dosis divididas en partes iguales		
Gentamicina ^d	3 mg/kg/día i.v. o i.m. en 3 dosis divididas en partes iguales		
En pacientes con EVP temprana (< 12 meses después de la cirugía) o El nosocomial o no nosocomial relacionada con la atención sanitaria, se puede considerar la administración de vancomicina o daptomicina combinadas con gentamicina y rifampicina, con las siguientes dosis ³⁹⁵ :			
<i>Dosis y vía de administración para adultos</i>		IIb	C
Vancomicina ^a	30 mg/kg/día i.v. en 2 dosis		
Daptomicina	10 mg/kg/día i.v. en 1 dosis		
Gentamicina ^d	3 mg/kg/día i.v. o i.m. en 1 dosis		
Rifampicina	900-1200 mg i.v. o por vía oral en 2 o 3 dosis		
<i>Dosis pediátrica y vía de administración</i>		IIb	C
Vancomicina ^a	40 mg/kg/día i.v. en 2-3 dosis divididas en partes iguales		
Gentamicina ^d	3 mg/kg/día i.v. o i.m. en 3 dosis divididas en partes iguales		
Rifampicina	20 mg/kg/sí i.v. o por vía oral en 3 dosis divididas en partes iguales		

Alergia a betalactámicos				
En pacientes con EVN adquirida en la comunidad o EVP tardía (≥ 12 meses después de la cirugía) que son alérgicos a la penicilina, se puede considerar la administración de cefazolina o vancomicina combinada con gentamicina, con las siguientes dosis:				
Dosis y vía de administración para adultos			IIb	C
Cefazolina	6 g/día i.v. en 3 dosis			
Vancomicina*	30 mg/kg/día i.v. en 2 dosis			
Gentamicina ^d	3 mg/kg/día i.v. o i.m. en 1 dosis			
Dosis pediátrica y vía de administración				
Cefazolina	6 g/día i.v. en 3 dosis			
Vancomicina*	40 mg/kg/día i.v. en 2-3 dosis divididas en partes iguales			
Gentamicina ^d	3 mg/kg/día i.v. o i.m. en 3 dosis divididas en partes iguales			

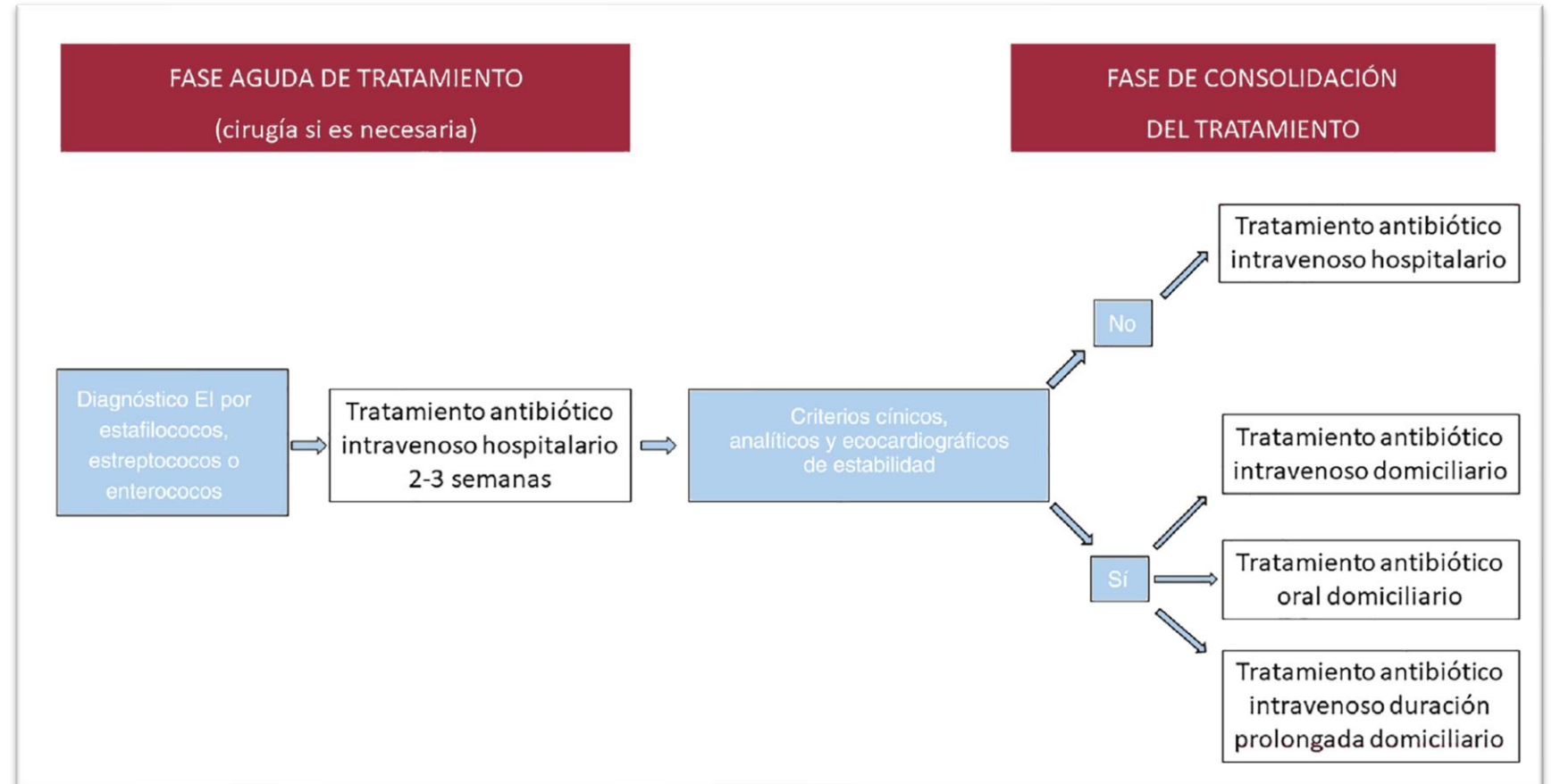
TRATAMIENTO





Criterios de selección de los pacientes que finalizarán el tratamiento domiciliario oral o intravenoso

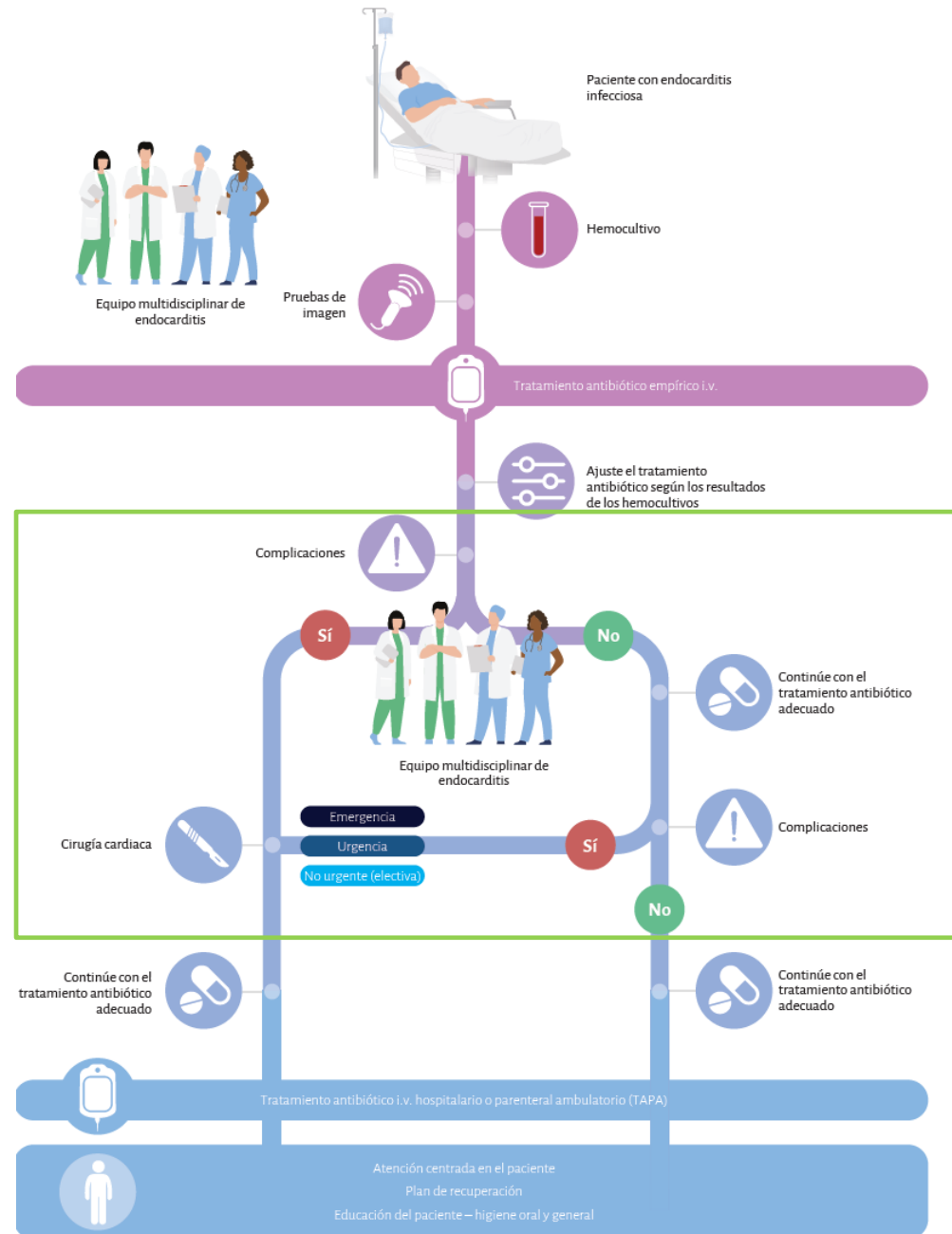
Diagnóstico	Endocarditis infecciosa izquierda nativa o protésica provocada por estreptococos, <i>Staphylococcus aureus</i> o <i>Enterococcus faecalis</i>
Tratamiento antibiótico	Tratamiento antibiótico intravenoso correcto administrado al menos 10 días y al menos 7 días tras la cirugía cardíaca
Evolución clínica	Respuesta satisfactoria al tratamiento: ausencia de fiebre al menos 2 días, proteína C reactiva < 20 mg/l o < 25% del nivel más elevado y leucocitos < 10 ⁹ /l
Ecocardiograma	Ecocardiograma transesofágico realizado en las últimas 48 h en el que se descarten abscesos u otras indicaciones de cirugía



Criterios de selección de los pacientes que finalizarán el tratamiento domiciliario oral o intravenoso

Diagnóstico	Endocarditis infecciosa izquierda nativa o protésica provocada por estreptococos, <i>Staphylococcus aureus</i> o <i>Enterococcus faecalis</i>
Tratamiento antibiótico	Tratamiento antibiótico intravenoso correcto administrado al menos 10 días y al menos 7 días tras la cirugía cardiaca
Evolución clínica	Respuesta satisfactoria al tratamiento: ausencia de fiebre al menos 2 días, proteína C reactiva < 20 mg/l o < 25% del nivel más elevado y leucocitos < 10 ⁹ /l
Ecocardiograma	Ecocardiograma transesofágico realizado en las últimas 48 h en el que se descarten abscesos u otras indicaciones de cirugía

Penicillin-and methicillin-susceptible <i>S. aureus</i> & CoNS	Methicillin-susceptible <i>S. aureus</i> & CoNS	Methicillin-resistant CoNS	<i>E. faecalis</i>	Penicillin-susceptible streptococci	Penicillin-resistant streptococci
Amoxicillin 1 g × 4 Rifampin 600 mg × 2	Dicloxacillin 1 g × 4 Rifampin 600 mg × 2	Linezolid 600 mg × 2 Fusidic acid 750 mg × 2	Amoxicillin 1 g × 4 Moxifloxacin 400 mg × 1	Amoxicillin 1 g × 4 Rifampin 600 mg × 2	Linezolid 600 mg × 2 Rifampin 600 mg × 2
Amoxicillin 1 g × 4 Fusidic acid 750 mg × 2	Dicloxacillin 1 g × 4 Fusidic acid 750 mg × 2	Linezolid 600 mg × 2 Rifampin 600 mg × 2	Amoxicillin 1 g × 4 Linezolid 600 mg × 2	Amoxicillin 1 g × 4 Moxifloxacin 400 mg × 1	Moxifloxacin 400 mg × 1 Rifampin 600 mg × 2
Moxifloxacin 400 mg × 1 Rifampin 600 mg × 2	Moxifloxacin 400 mg × 1 Rifampin 600 mg × 2		Amoxicillin 1 g × 4 Rifampin 600 mg × 2	Amoxicillin 1 g × 4 Linezolid 600 mg × 2	Linezolid 600 mg × 2 Moxifloxacin 400 mg × 1
Linezolid 600 mg × 2 Rifampin 600 mg × 2	Linezolid 600 mg × 2 Rifampin 600 mg × 2		Linezolid 600 mg × 2 Moxifloxacin 400 mg × 1	Linezolid 600 mg × 2 Rifampin 600 mg × 2	
Linezolid 600 mg × 2 Fusidic acid 750 mg × 2	Linezolid 600 mg × 2 Fusidic acid 750 mg × 2		Linezolid 600 mg × 2 Rifampin 600 mg × 2	Linezolid 600 mg × 2 Moxifloxacin 400 mg × 1	



CASO CLÍNICO

DIAGNÓSTICO

- ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE VALVULA MITRAL NATIVA POR SARM.
- EMBOLISMOS A DISTANCIA.
- POSIBLE AFECTACIÓN SNC.

TRATAMIENTO:

- Linezolid perfusión continua.
 - Daptomicina iv.
-
- Traslado a Cirugía Cardíaca de HUSA : prótesis metálica sobre válvula mitral.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

EMERGENTE: primeras 24 horas
URGENTE: 3-5 primeros días
NO URGENTE: durante el ingreso hospitalario

Indicaciones de Cirugía

- Insuficiencia cardíaca severa.
- Infección incontrolada.
- Prevención de embolización séptica.



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: Insuficiencia cardiaca



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: Infección no controlada

- Infección o sepsis persistentes pese a tratamiento antibiótico.
- Infección localmente incontrolada.
- Infección por microorganismos resistentes o muy virulentos.



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: Prevención de embolia sistémica



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Factores que favorecen la cirugía precoz en la endocarditis izquierda

Factores clínicos	Insuficiencia cardiaca
	Eventos embólicos recurrentes
	Bloqueo auriculoventricular
Factores microbiológicos	Endocarditis fúngica
	Enterococos resistentes a la vancomicina
	Estafilococos
	Bacilos gramnegativos multirresistentes
Factores ecocardiográficos	Vegetaciones > 10 mm
	Crecimiento de las vegetaciones en tratamiento antibiótico
	Complicaciones perianulares
	Insuficiencia valvular grave
	Afección del velo anterior mitral

SEGUIMIENTO Y PREVENCIÓN

- Control ambulatorio post-tratamiento con ecocardiografía seriada y he evolución clínica.
- Profilaxis antibiótica en procedimientos invasivos según guías de la AHA
- Educación al paciente sobre síntomas de recurrencia y medidas de prev
- Evaluación periódica por cardiología y enfermedades infecciosas para de

Educación de los pacientes con riesgo alto para prevenir la endocarditis infecciosa



Mantenga una buena higiene dental

Use seda dental diariamente

Cepille los dientes por la mañana y por la noche

Visite a su dentista para revisiones regulares



Mantenga una buena higiene cutánea

Minimice el riesgo de lesiones cutáneas

En caso de lesión, vigile si aparecen signos de infección (enrojecimiento, hinchazón, sensibilidad, pus)

Evite los tatuajes y piercings



Preste atención a las infecciones

Si tiene fiebre sin una razón obvia, contacte a su médico y discuta sobre las medidas a seguir con base a su riesgo de endocarditis



No se autoprescriba antibióticos



Muestre esta tarjeta a sus médicos antes de cualquier intervención

SEGUIMIENTO Y PREVENCIÓN

- Control ambulatorio post-tratamiento con ecocardiografía seriada y hemocultivos de seguimiento según evolución clínica.
- Profilaxis antibiótica en procedimientos invasivos según guías de la AHA/ESC.
- Educación al paciente sobre síntomas de recurrencia y medidas de prevención.
- Evaluación periódica por cardiología y enfermedades infecciosas para descartar complicaciones tardías.

CASO CLÍNICO

- Alta de planta hospitalaria a Unidad de Hospitalización a Domicilio:
 - LINEZOLID vo: 600 mg/12 horas.
 - DAPTOMICINA i.v. 750 mg/24 h.
- Seguimiento en consulta:
 - Hemocultivos de control: negativos.
 - Ecocardiograma: pendiente de realización.



ENDOCARDITIS TEAM

