



**Universidad del Sureste**  
**Escuela de Medicina**

---

**Clasificación de endocarditis**

---

**Docente: Dr. Marco Polo Rodríguez Alfonso**

**Materia: Cardiología**

**Alumnos: Gómez Albores Roberto**

**Guillén Narváez Tarsis Andrea**

**Ventura Trejo Ángel José**

**Semestre 5to Grupo A**

**15/11/2020**

## Clasificación de endocarditis

- Según su ubicación y presencia de material intracardíaco
  - Endocarditis infecciosa de Válvula nativa izquierda: puede ser aórtico o mitral
    - ✓ Aguda: cuando el cuadro clínico lleva menos de un mes de evolución: la etiología más frecuente es el staphylococcus aureus y menos frecuentes bacilos gram negativo
    - ✓ Subaguda: cuando el cuadro clínico lleva menos de 6 meses de evolución: se caracteriza por poca afección general, producida por streptococcus viridians, streptococcus bovis y streptococcus epidermidis
    - ✓ Crónica: los síntomas llevan más de 6 meses de evolución producida por Coxiella burnetti
  - Endocarditis infecciosa de válvula protésica (EVP) izquierda:
    - ✓ EVP temprana: menos de 1 años tras la cirugía
    - ✓ EVP tardía: más de 1 año tras la cirugía
  - Endocarditis infecciosa derecha
  - Endocarditis infecciosa relacionada con dispositivos (marcapasos, cardiodesfibriladores)
- Según modo de adquisición
  - El asociada a la asistencia sanitaria
    - ✓ Nosocomial: la EI se desarrolla en un paciente hospitalizado por más de 48 horas
    - ✓ No nosocomial: los signos o síntomas comienzan antes de las 48 horas del ingreso (asistencia en casa con terapia endovenosa (EV), hemodiálisis o quimioterapia EV, residente de geriátrico)
  - Endocarditis infecciosa adquirida en la comunidad
  - Endocarditis infecciosa asociada al uso de drogas IV
- Según los resultados microbiológicos
  - EI con hemocultivos positivos: . Las bacterias más frecuentes son: estreptococos, enterococos (ambos a menudo sensibles a penicilina G) y estafilococos.
  - EI con hemocultivos negativos
    - ✓ EI debido a tratamiento antibiótico anterior

- ✓ El frecuentemente asociada a hemocultivo negativo: Generalmente provocada por microorganismos nutricionalmente más exigentes como el grupo HACEK (Aggregatibacter –ex Haemophilus, Actinobacillus–, Cardiobacterium, Eikenella, Kingella), Brucella, variantes nutricionales de estreptococos (VNE) y hongos.
- ✓ El asociada a hemocultivos constantemente negativos: Es causada por microorganismos intracelulares como Coxiella burnetii, Bartonella, Chlamydochlamydia

Diagnostico:

- ✚ Hemocultivo
- ✚ Ecocardiograma
- ✚ Radiografía de tórax

**Criterios de Duke:** se basan en resultados clínicos, ecocardiográficos y microbiológicos.

Tratamiento:

El tratamiento de la EI debe iniciarse inmediatamente. Hay que extraer tres series de hemocultivos a intervalos de 30 min antes de empezar la terapia antibiótica.

**Tabla 19**  
Tratamiento antibiótico de la endocarditis infecciosa con hemocultivo negativo

Patógeno	Tratamiento propuesto <sup>a</sup>	Objetivo del tratamiento
<i>Brucella</i> spp.	Doxiciclina (200 mg/24 h) más cotrimoxazol (960 mg/12 h) más rifampicina (300-600/24 h) durante 3-6 meses <sup>b</sup> , oral	El éxito del tratamiento se define como un título de anticuerpos < 1:60. Algunos autores recomiendan añadir gentamicina durante las primeras 3 semanas
<i>Coxiella burnetii</i> (causante de la fiebre Q)	Doxiciclina (200 mg/24 h) más hidroxycloquinina (200-600 mg/24 h) <sup>c</sup> , oral (> 18 meses de tratamiento)	El éxito del tratamiento se define como títulos de IgG antifase I < 1:200, e IgA e IgM < 1:50
<i>Bartonella</i> spp. <sup>d</sup>	Doxiciclina 100 mg/12 h oral durante 4 semanas más gentamicina (3 mg/24 h) i.v. durante 2 semanas	Se espera una tasa de éxito del tratamiento ≥ 90% de los casos
<i>Legionella</i> spp.	Levofloxacino (500 mg/12 h) i.v. u oral ≥ 6 semanas o claritromicina (500 mg/12 h) i.v. durante 2 semanas, luego oral durante 4 semanas más rifampicina (300-1.200 mg/24 h)	Se desconoce cuál es el tratamiento óptimo
<i>Mycoplasma</i> spp.	Levofloxacino (500 mg/12 h) i.v. u oral ≥ 6 meses <sup>e</sup>	Se desconoce cuál es el tratamiento óptimo
<i>Tropheryma whippelii</i> (causante de la enfermedad de Whipple) <sup>f</sup>	Doxiciclina (200 mg/24 h) más hidroxycloquinina (200-600 mg/24 h) <sup>c</sup> oral ≥ 18 meses	Tratamiento de larga duración; se desconoce cuál es la duración óptima

**Tabla 20**Propuesta de regímenes antibióticos para el tratamiento empírico inicial de la endocarditis infecciosa en los pacientes críticos agudos (antes de la identificación del patógeno)<sup>a</sup>

Antibiótico	Dosis y vía	Clase <sup>b</sup>	Nivel <sup>c</sup>	Comentarios
<b>Endocarditis en válvula nativa o endocarditis tardía en válvula protésica (<math>\geq 12</math> meses tras la cirugía) adquirida en la comunidad</b>				
Ampicilina con	12 g/día i.v. en 4-6 dosis	IIa	C	El tratamiento de los pacientes con EI que tengan hemocultivo negativo se debe consultar con un especialista en enfermedades infecciosas
(Flu)cloxacilina u oxacilina con	12 g/día i.v. en 4-6 dosis			
Gentamicina <sup>d</sup>	3 mg/kg/día i.v. o i.m. en 1 dosis			
Vancomicina <sup>d</sup> con	30-60 mg/kg/día i.v. en 2-3 dosis	IIb	C	Para pacientes alérgicos a la penicilina
Gentamicina <sup>d</sup>	3 mg/kg/día i.v. o i.m. en 1 dosis			
<b>EVP temprana (&lt; 12 meses tras la cirugía) o endocarditis nosocomial y no nosocomial asociada a dispositivos diagnósticos y terapéuticos</b>				
Vancomicina <sup>d</sup> con	30 mg/kg/día i.v. en 2 dosis	IIb	C	La rifampicina solo está recomendada para EVP y debe iniciarse 3-5 días después que la vancomicina, según la recomendación de algunos expertos. Para la EVN asociada a dispositivos diagnósticos y terapéuticos en un contexto de prevalencia de infecciones por <i>S. aureus</i> resistentes a meticilina > 5%, algunos expertos recomiendan la combinación de cloxacilina más vancomicina hasta conseguir la identificación final de <i>S. aureus</i>
Gentamicina <sup>d</sup> con	3 mg/kg/día i.v. o i.m. en 1 dosis			
Rifampicina	900-1.200 mg i.v. u oral divididos en 2 o 3 dosis			

## Bibliografía

Dr. José Horacio Casabé, Dr. José Luis Barisani, Dr. Gustavo Giunta. (Octubre de 2016). *Consenso de endocarditis infecciosa*. Obtenido de Revista Argentina de Cardiología: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2017/01/consenso-de-endocarditis-2017.pdf>

*Endocarditis infecciosa*. (2015). Obtenido de Guía de practica clinica: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/404\\_IMSS\\_10\\_Endocarditis\\_Infecciosa/EyR\\_IMSS\\_404\\_10.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/404_IMSS_10_Endocarditis_Infecciosa/EyR_IMSS_404_10.pdf)

*Tratamiento de la endocarditis infecciosa*. (2015). Obtenido de Revista Española de Cardiología: <https://www.revespcardiol.org/es-guia-esc-2015-sobre-el-articulo-S030089321500651X>