



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

“TAREA: ENDOCARDITIS”

Materia:
CARDIOLOGÍA.

Docente:
Dr. Marco Polo Rodríguez Alfonso

Alumnos:

- **Alan de Jesús Morales Domínguez**
- **Valente Trujillo Sandoval**
- **Oscar Miguel Sánchez Argüello**
- **Adriana Lizeht Sánchez Morales**

Semestre:
5° “A”

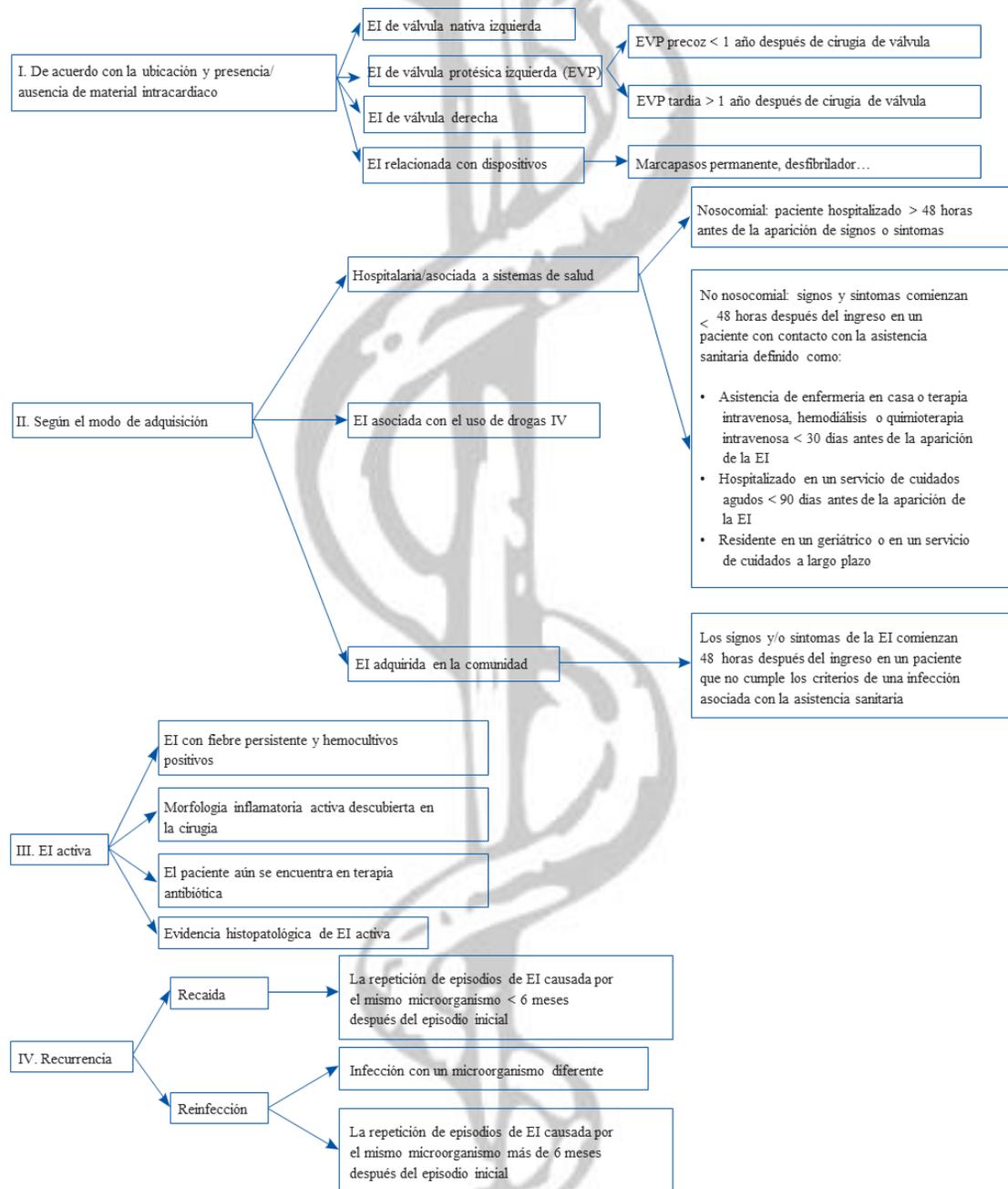
Noviembre /2020

ENDOCARDITIS

La endocarditis infecciosa es una afección de difícil diagnóstico en Cardiología, con características clínicas muy variadas con una epidemiología cambiante en los últimos años y es relativamente frecuente que se presente como una fiebre de origen desconocido, que obliga a diferenciarla de diversos padecimientos reumatológicos y neoplásicos, particularmente las leucemias y los linfomas.

Los datos clínicos muchas veces son inespecíficos, y entre sus síntomas y signos clínicos más específicos (además de la fiebre), se encuentra la presencia de soplo nuevo o cambiante, petequias, nódulos de Osler, lesión de Janeway y esplenomegalia, aunque, desafortunadamente, son poco frecuentes en la clínica.

1. Clasificación actual (2 guías internacionales y, si hay, una guía nacional).



2. Criterios diagnósticos actuales.

SIGNOS CLINICOS DE LA E.I	
Lesiones de Janeway	Manchas cutáneas rojas e indoloras en las palmas de las manos y en las plantas de los pies
Hemorragias de Roth	Pequeñas áreas de sangrado bajo las uñas
Nodulos de Osler	Ganglios rojos y dolorosos en las yemas de los dedos de las manos y de los pies

Criterios mayores:

Hemocultivos positivos para la EI:

- Dos cultivos independientes de microorganismos típicos que encajan con EI:
Streptococcus viridans, *S. bovis*, grupo HACEK, *Staphylococcus aureus* o enterococos adquiridos en la comunidad en ausencia de un foco principal
- Hemocultivos persistentemente positivos de microorganismos que encajan con EI:
≥ Dos posibles cultivos positivos de muestras sanguíneas tomadas a intervalos > 12 horas o 3 o la mayoría de más de cuatro hemocultivos independientes (primera y última muestra con intervalo de al menos 1 hora) 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 de válvula protésica • Nueva regurgitación valvular

Criterios menores:

Predisposición:	Enfermedad cardiaca predisponente, uso de fármacos IV
Fiebre:	Temperatura > 38.0C
Fenómeno vascular:	Émbolo arterial, 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
Diagnóstico EI posible:	1 mayor y 1 menor o 3 menores
Diagnóstico definitivo:	2 criterios mayores o 1 criterio mayor y 3 menores o 5 menores

* Adaptada de las guías de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la endocarditis infecciosa (2009).

3. Recomendaciones terapéuticas actualizadas

PROFILAXIS

La profilaxis antimicrobiana para prevenir la EI en pacientes que serán sumados a procedimientos dentales, gastrointestinales y urológicos inició en 1995 por recomendación de la AHA (American Heart Association). Posteriormente, las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología en su versión de 2009 y las guías de la Sociedad Americana de Cardiología y de la Asociación Americana del corazón, en su revisión 200, proponen que la profilaxis antimicrobiana sólo deberá de considerarse para los siguientes grupos de pacientes: 1) portadores de válvula protésica o material protésico utilizado para la reparación de una válvula cardiaca, 2) antecedente de endocarditis previa y 3) pacientes con las siguientes cardiopatías previas:

1. Cardiopatía cianótica congénita, sin cirugía de reparación o con defectos residuales, cortocircuitos o conductos paliativos.
2. Cardiopatía congénita tratada con material protésico por al menos seis meses después de la cirugía.
3. Persistencia de defecto residual en el lugar de la zona de implantación de material protésico.

Estas recomendaciones son catalogadas como evidencia IIa, nivel C por la Sociedad Europea de Cardiología. La Sociedad Europea de Cardiología también especifica los tipos de procedimientos en los cuales se requiere profilaxis antibiótica.

Procedimientos dentales:

- a. Aquellos en lo que se realice manipulación de la región gingival o periapical de los dientes o perforación de la mucosa oral (clase IIa/nivel C).
- b. El resto de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos (clase III/ nivel C).

Los procedimientos de diagnóstico o tratamiento de los sistemas respiratorio, gastrointestinal-urológico, así como de piel y tejidos blandos no son recomendados (clase III/nivel C). El tratamiento farmacológico recomendado para la profilaxis en los pacientes debe administrarse al menos de 30 a 60 minutos antes del procedimiento, siendo la amoxicilina o la ampicilina a dosis de 2 g en dosis única la primera recomendación.

Para los pacientes alérgicos a penicilina se recomienda la clindamicina a dosis de 600 mg vía oral dosis única. Existe nueva evidencia sobre la asociación entre la EI y los procedimientos urológicos y gastroenterológicos, en especial, la endoscopia. El riesgo de la EI en pacientes ancianos con inmunocompromiso y cáncer es aún mayor, por lo cual se sugiere dar profilaxis.

Esto deberá ser considerado en la próxima elaboración de guías. La endocarditis asociada con los cuidados de la salud es la que tiene peores complicaciones y se asocia con una alta mortalidad en el primer año con un RR de 2.59 veces mayor. Todo esto debe ser evaluado en cada hospital para que se tomen adecuadas medidas de prevención.

TRATAMIENTO MEDICO

En el tratamiento de la endocarditis, se debe considerar que los sistemas de defensas celulares son poco efectivos contra las bacterias en las vegetaciones. Por tal motivo, los antibióticos bactericidas son de elección. El tratamiento dirigido estará siempre basado en los cultivos tomados al ingreso del paciente. Otro punto a considerar en el tratamiento es si la infección es en una válvula protésica o en una nativa.

EI de válvulas nativas: el tratamiento de elección es vancomicina a dosis de 15 a 20 mg/kg cada 8 a 12 horas por periodo de dos a cuatro semanas. También puede ser asociado con ceftriaxona 2 g cada 24 horas o gentamicina 1 g cada 8 horas. EI de válvulas protésicas: el uso de antibióticos es recomendado por seis semanas, utilizando la gentamicina a dosis de 1 mg/kg IV cada 8 horas asociada con rifampicina a dosis de 300 mg cada 12 horas.

Hay que recordar que estos esquemas antimicrobianos son empíricos y el tratamiento definitivo se ajusta con base en los hemocultivos. En las guías de la Sociedad Europea de Cardiología se hace referencia al uso de anticoagulantes orales, ya que se ha asociado con un aumento del riesgo de muerte por transformación hemorrágica en caso de evento vascular cerebral embólico.

En los pacientes que ya se encuentran en tratamiento anticoagulante y desarrollan una complicación isquémica, se recomienda su suspensión temporal. El uso de agentes antiplaquetarios no está recomendado en EI

TRATAMIENTO QUIRURGICO

El 50% de los pacientes con EI requerirán resolución quirúrgica de su patología. La indicación de cirugía de urgencia más común es la insuficiencia cardiaca refractaria a tratamiento médico, la cual se presenta hasta en 60% de los casos. En la actualidad, la Sociedad Europea de Cardiología agrupa las indicaciones de cirugía en tres grupos: insuficiencia cardiaca, infección descontrolada y prevención de embolismo a sistema nervioso central.

En relación con el tiempo de cirugía, se ha observado en diversos estudios que los pacientes en los que se realiza cirugía temprana (< 48 horas) tienen menor mortalidad a seis meses y complicaciones embólicas al sistema nervioso central (alrededor de 3%) en comparación con el tratamiento convencional.^{42,43} En los pacientes que han desarrollado embolismo a Sistema Nervioso Central (SNC) que tienen indicación de cirugía, ésta se planeará con base en los riesgos propios de la cirugía, ya que hasta ahora no hay evidencia concluyente a este respecto,^{44,45} siendo el tamaño de la vegetación el principal factor pronóstico para embolismo (> 10 mm).

Hay que considerar que el tratamiento antibiótico disminuye el riesgo embólico de 6 a 21%, siendo mayor dentro de las primeras dos semanas.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis. (2015). European Society of Cardiology (ESC), 3075–3123.
- ❖ Baddour, L., Wilson, W., S., A., Rybak, M., Barsic, B., & Lockhart, P. (2015). Infective Endocarditis in Adults: Diagnosis, Antimicrobial. A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American, 1435-1486.
- ❖ consejo de salubridad general. (2010). Diagnóstico y tratamiento de la endocarditis infecciosa. Guía práctica clínica, 1-13.