

Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

Investigación

“Endocarditis Infecciosa”

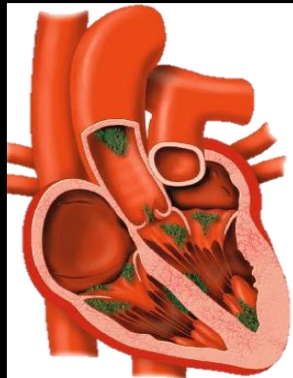
Docente: Marco Polo Rodríguez Alfonso

Materia: Cardiología

Grado: 5° Grupo: “B”

Alumna: María Fernanda Hernández Jardón

Comitán, Chiapas, 15-noviembre-2020



ENDOCARDITIS

l n f e c c i o s a

La endocarditis infecciosa (EI) es una infección grave de la superficie interna del corazón que puede poner en peligro la vida. Se caracteriza por colonización o invasión de las válvulas cardíacas y el endocardio mural por un agente microbiano, lo que conduce al desarrollo de vegetaciones voluminosas y friables, con destrucción de los tejidos cardíacos subyacentes.

Lo usual ha sido clasificar la EI con base en el cuadro clínico en forma aguda o subagudocrónica, según el inicio, etiología y gravedad de la enfermedad. Por lo general, el inicio de los casos agudos es rápido y afecta a pacientes con válvulas cardíacas normales que están saludables y tal vez tengan antecedente de consumo de fármacos intravenosos, o estén debilitados. Los casos subagudos crónicos evolucionan durante meses; estos pacientes casi siempre tienen alteraciones valvulares. El desarrollo de cepas de microorganismos resistentes a los medicamentos por el consumo indiscriminado de antibióticos y el aumento en el número de personas inmunocomprometidas ha dificultado más la clasificación de los casos agudos y subagudos-crónicos.

➤ CLASIFICACIÓN INFECCIOSA ENDOCARDITIS

Guía de practica clínica Cuba	Guía practica clínica Argentina	Guía de practica Nacional
<p>Según su agente infeccioso: Estafilocócica Estreptocócica Otras bacterias: N. meningitidis, M.tuberculosis, ETC</p>	<p>Según su ubicación y presencia de material intracardiaco: *Valvula nativa izquierda Aguda, Subaguda, Crónica *Valvula protésica EVP temprana, EVP tardía *Relación con dispositivos Marcapasos, Cardio desfibriladores</p>	<p>Por el lugar en el se asientan: *Izquierda sobre válvula nativa Aortica Mitral</p>
<p>Según el tiempo de evolución: Aguda: <8 semanas Subaguda: >8 semanas</p>	<p>Según modo de adquisición Nosocomial No nosocomial</p>	<p>Por su presentación clínica: *Aguda < 2 semanas de evolución (staphylococcus aureus) *Subaguda >2 semanas de evolución (Streptococcus viridans) *Cronica evolución por años</p>
<p>Según su afección valvular: Endocarditis de válvulas nativas Endocarditis de válvulas protésicas</p>	<p>Según los resultados microbiológicos Hemocultivos positivos Estafilococos coagulasa-negativo</p>	<p>Protésica: *Temprana hasta los 12 meses de cirugía origen intrahospitalario S.epidermidis (60-80%) *Tardia Más de 12 meses después de la cirugía</p>
<p>Grupos especiales de pacientes Endocarditis posoperatoria Endocarditis en pacientes por drogas Endocarditis en niños Endocarditis en pacientes obstétricas y ginecológicas Endocarditis nosocomial Endocarditis y hemodiálisis Endarteritis infecciosa</p>		<p>Sobre cables de marcapasos o desfibriladores</p> <p>Por el tipo de adquisición: *Adquirida en la comunidad *Asociada a asistencia sanitaria (Hospitalaria/No hospitalaria) *Adictos a drogas intravenosas</p> <p>Por el crecimiento en cultivos: *Hemocultivos positivos Estreptococos / Enterococos Estafilococos *Hemocultivos negativos terapia antibiótica previa</p>

➤ CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

G u i a s I n t e r n a c i o n a l e s

Criterios mayores:

Hemocultivo positivo para endocarditis infecciosa

Evidencia de lesión endocardicas

Criterios menores:

Predisposición

Fiebre

Fenómenos vasculares

Fenómenos inmunológicos

Ecocardiograma

Evidencia microbiológica

A) Endocarditis infecciosa definitiva o criterios patológicos

*Microorganismos demostrados en el cultivo, en las vegetaciones, en una embolia o en un absceso intracardiaco.

*Lesiones patológicas (vegetaciones o abscesos intracardiacos) presentes confirmadas por histología con endocarditis activa. 0 criterios clínicos 2 criterios mayores o 1 criterio menor y 3 mayores o 5 criterios menores.

B) Endocarditis Infecciosa posible

*Hallazgos compatibles con endocarditis infecciosa que no llenan los criterios definitivos o rechazada.

C) Endocarditis infección rechazada

*Explicación clara que excluya endocarditis infecciosa.

Resolución del síndrome de endocarditis con antibioticoterapia por 4 días o menos.

No evidencia patológica de endocarditis infecciosa en cirugía o autopsia después de antibioticoterapia por 4 días o menos.

➤ **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

G u i a N a c i o n a l

Criterios mayores:

*Hemocultivo positivo persistente para microorganismos considerados (2 muestras tomadas 12hrs de separación)

*Prueba serológica positiva (*Coxiella burnetti*)

*Ecocardiograma positivo para vegetación, absceso o dehiscencia parcial de prótesis valvular cardíaca.

Criterios menores:

Fiebre

Fenómenos vasculares

Fenómenos inmunológicos

Evidencia serológica de infección.

A) Diagnostico definitivo de Endocarditis Infecciosa

Presencia de 2 criterios mayores, un criterio mayor y 3 menores o la presencia de 5 criterios mayores.

B) Diagnostico probable de Endocarditis Infecciosa

Presencia de un criterio mayor y uno menor o la presencia de 3 criterios menores.

➤ RECOMENDACIÓN TERAPÉUTICA

G u i a N a c i o n a l

- ✓ Germen aislado (Estreptococo B hemolítico, Estreptococ viridans o pneumonie) Penicilina G 4 sem. Si es combinado +Aminoglicosidos 2 sem.
- ✓ Pacientes alérgicos a la penicilina Vancomicina 4 sem.
- ✓ Germen Estafilococo en válvula nativa susceptible a Oxacilina, esquema antibiótico a base de Penicilina G 6 sem.

- ✓ Estafilococo en válvula nativa resistente a Penicilina, se recomienda Vancomicina 6 sem.
- ✓ Estafilococo en válvula protésica se recomienda:
 - ✓ Oxacilino sensibles: Penicilina resistente a penicilinasa (dicloxaciclina) > 6 sem.
 - ✓ + Rifampicina > 6 sem. + Aminoglicosidos (gentamicina) 2 sem.
- ✓ Oxacilino resistentes: Vancomicina >6 sem + Rifampicina >6 sem. + Aminoglicosido (gentamicina) 2 sem.
- ✓ Endocarditis por Enterococo de acuerdo a sensibilidad a penicilina, gentamicina y vancomicina. Se recomienda esquema a base de Ampicilina p penicilina GSC + Aminoglicosido (gentamicina o estreptomicina) 6 sem.
- ✓ Bacilos Gram negativos se sugiere esquema con Ampicilina o cefalosporina de tercera generación 4 sem + Aminoglicosidos (gentamicina o amikacina) 4 sem.
- ✓ Para iniciar tratamiento empírico (antes de identificar patógeno o no) en valvula nativa es Ampicilina 4-6 sem + Aminoglicosidos 4-6sem.
- ✓ Tratamiento empírico en endocarditis protésica temprana es Vancomicina 6sem +Rifampicina 2 sem + Aminoglicosido 2 sem.

➤ RECOMENDACIÓN TERAPÉUTICA

G u i a s I n t e r n a c i o n a l e s

Profilaxis:

La prevención de la endocarditis infecciosa debe realizarse de manera eficaz en pacientes que presenten factores de riesgo establecidos para eventualmente desarrollar la enfermedad. Entre los factores de alto riesgo tenemos:

- ✓ Presencia de válvula protésica (bioprotésica o artificial).
- ✓ Antecedente de endocarditis bacteriana.
- ✓ Cardiopatía congénita cianógena compleja (tetralogía de Fallot, ventrículo único).
- ✓ Presencia de puentes construidos quirúrgicamente entre la circulación pulmonar y sistémica.

Portador de válvulas protésicas / Endocarditis previa o en curso

Condición	Antibiótico	Vía	Dosis	Tiempo
No alérgicos	Ampicillina más Gentamicina Amoxicilina	IV	2 gr. más 1,5 mg/k (no > 120 mg) 1gr	30 min. antes
		IV o		30 min. antes
		IM Oral		1 h. después
Alérgicos a la penicilina	Vancomicina más Gentamicina	IV	1 gr. más 1,5 mg/k.	1 h. antes más 30 min. antes.
		IV o		30 min. antes. 1 hora antes 30 min. antes
		IM		
	Teiclopamina más Gentamicina	IV o IM	400 mg. más 1,5 mg/k (no > 120 mg.) 1gr	

En presencia de:

- Valvulopatías adquiridas.
- Prolapso valvular mitral con insuficiencia valvular y/o valvas engrosadas en hombres > 45 años o valvas > 5 mm independientemente del sexo o edad.
- Miocardiopatía hipertrófica obstructiva.
- Trasplantados cardiacos.

En caso de que la duración de la cirugía cardiaca fuese mayor de 3 horas, se debe dar una dosis suplementaria de antibióticos.

Condición	Antibiótico	Via	Dosis	Tiempo
No alérgicos	Amoxicilina	Oral	2 gr.	1 hora antes del procedimiento.
Incapaces de ingerir por la boca.	Ampicilina	IV o IM	2 gr.	30 min. antes del procedimiento
Alérgicos a la penicilina	Vancomicina	IV	1 gr.	1 hora previa al inicio del procedimiento (infundir en 60 min.).
	Teiclopamina	IV o IM	400 mg.	1 hora antes 30 min. antes

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CENETEC. (2010). Endocarditis Infecciosa. Noviembre 2020, de Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud Sitio web: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/404_IMSS_10_Endocarditis_Infecciosa/EyR_IMSS_404_10.pdf

Roman, Jorin, et al. "Guia de practica clinica Peru para el tratamiento de endocarditis." Medisur, vol. 7, no. 1, 2009, p. 14, <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180020082008.pdf>. Accessed jueves Noviembre 2020

Service de Cardiologie. (2015). Endocarditis Infecciosa. noviembre 2020, de Asociación Europea de Cirugía Cardiorádica (EACTS) Sitio web: <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/244402/1/S030089321500651X.pdf>

Consenso de endocarditis infecciosa. "Endocarditis infecciosa." Guia de practica clinica argentina para endocarditis, vol. 84, 2016, p. 49, <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2017/01/consenso-de-endocarditis-2017.pdf>. Accessed Jueves Noviembre 2020.