

UOES

Nombre del alumno:

Lizbeth Reyes Ulloa

Docente:

Miguel Basilio Robledo

**Asignatura:
Cardiología**

**Semestre:
Quinto**

**Parcial:
Cuarto**

**Actividad:
Infografía**

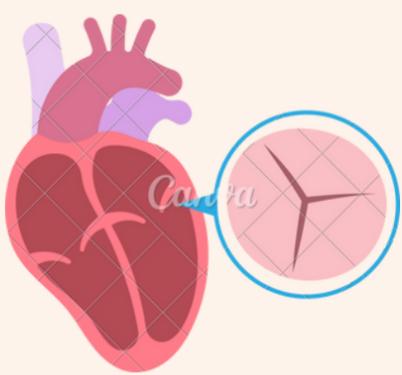
**Fecha de entrega:
13 de diciembre de 2024**

Endocarditis infecciosa

Es una infección microbiana del endocardio, en la mayoría de los casos de origen bacteriano, la lesión característica la constituyen las vegetaciones que suelen asentar en el endocardio valvular.

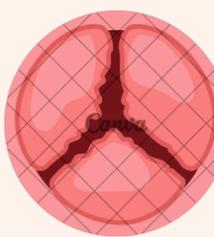
Epidemiología

- Afecta más a los varones que a las mujeres
- Incidencia aproximada de 1 por cada 1.000 ingresos hospitalarios



Tipos de endocarditis infecciosa

1. Afecta a válvulas nativas
2. Asienta sobre prótesis valvulares biológicas, mecánicas u homoinjertos
3. Acontece en los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP)
4. Endocarditis derechas en pacientes portadores de marcapasos y desfibriladores



Endocarditis sobre válvula nativa

Fisiopatología

- Desarrollo de un trombo fibrinoplaquetario como consecuencia de una lesión endotelial
- Colonización, como consecuencia de una bacteriemia, que originará una vegetación séptica



Patogenia

- Aparición de un trombo fibrinoplaquetario adherido al endotelio valvular (endocarditis trombótica no bacteriana)
- La posterior colonización bacteriana originará la enfermedad



Cardiopatías que predisponen al desarrollo de endocarditis

- Cardiopatía reumática
- C. congénitas
- C. degenerativas
- Prolapso de la válvula mitral



Microorganismos

- Mucosa oral: *Streptococcus viridans*
- Aparato genitourinario y tracto digestivo: *Streptococcus gallolyticus*
- La piel de los drogadictos es el origen de las infecciones estafilocócicas
- El material de inyección o los disolventes contaminados que utilizan son el origen de las infecciones por enterococos



Endocarditis sobre prótesis valvulares

Etiología

Se produce generalmente por colonización de la prótesis valvular durante la intervención quirúrgica o en el postoperatorio inmediato. 12 meses que siguen a su implantación (endocarditis protésica precoz)

Patogenia

- Durante la intervención quirúrgica, los gérmenes proceden de la piel del paciente, del personal médico (*Staphylococcus epidermidis*) o en el aire ambiental (*Aspergillus spp*)
- En el postoperatorio, los microorganismos alcanzan la prótesis en el curso de una bacteriemia



Endocarditis sobre marcapasos y desfibriladores

Patogenia

- Están compuestos por un generador, que se implanta en el tejido subcutáneo, y unos cables que por vía venosa alcanzan las cavidades derechas del corazón
- La infección de la bolsa del generador o de los cables se origina durante la intervención quirúrgica o en el postoperatorio inmediato por estafilococos

A partir de los 2-3 meses el cable está reendotelizado, pero puede originar pequeñas fracturas endoteliales que favorezcan el depósito de agregados fibrinoplaquetarios susceptibles de ser colonizados



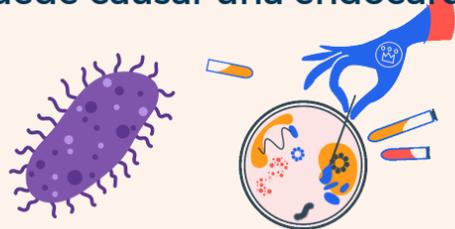
Referencias

Farreras Rozman Medicina Interna 19a Edicion 2020 (1).pdf

Etiología

- Estreptococos y los estafilococos son responsables del 80% de los casos
- Globalmente, *S. aureus* es el microorganismo más frecuente

Cualquier microorganismo puede causar una endocarditis



Clínica

E. válvula nativa

Puede presentarse en forma de un síndrome febril aislado o asociado a distintas manifestaciones cardíacas, neurológicas, renales, osteoarticulares o secundarias a fenómenos embólicos.

Sintomas

- Fiebre
- Escalofríos
- Astenia
- Anorexia
- Pérdida de peso
- Lumbalgia
- Signos de insuficiencia cardíaca por destrucción valvular

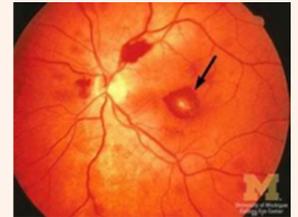


Clínica Cardíaca

- Signos de insuficiencia cardíaca
- Trastornos de conducción en el ECG
- Pericarditis
- Infarto de miocardio

Clínica extracardíaca

- Petequias
- Hemorragias subungueales
- Panadizo de Osler
- Manchas de Janeway
- En el fondo de ojo las manchas de Roth



Diagnostico

Definitivo

Examen histológico y microbiológico de las vegetaciones obtenidas en el acto quirúrgico o en la necropsia

Definitivo

- Criterios patológicos: Presencia de microorganismos, lesiones histológicas.
- Criterios clínicos: 2 criterios mayores

Dx posible

- 1 criterio mayor 1 menor
- 3 criterios menores



- Cuando existe un diagnóstico alternativo evidente

Diagnóstico rechazado

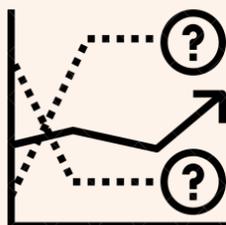
- Resolución del síndrome endocardítico

- Falta de evidencia patológica de endocarditis infecciosa en la intervención quirúrgica



PRONÓSTICO

- Mortalidad global: 20%-25%
- Causas de muerte: Accidentes vasculares cerebrales, complicaciones sépticas y postoperatorio de un recambio valvular
- Los que sobreviven, tienen una supervivencia a los 10 años del 81%



TRATAMIENTO

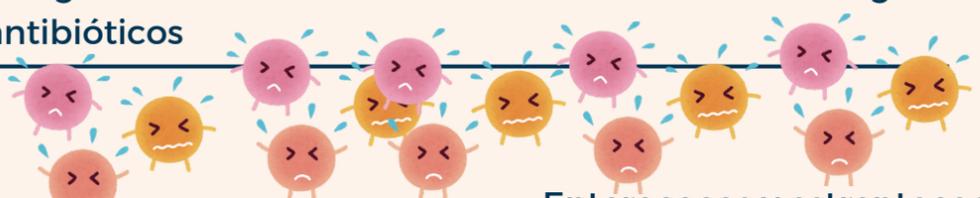
Manejo de antibióticos

- Administración del antibiótico bactericida
- Resección quirúrgica de las válvulas afectadas
- Ausencia de leucocitos: Antibióticos bactericidas
- Ausencia de vascularización: Dosis altas de antibióticos i.v. para su difusión en el interior de la vegetación
- Inóculo elevado: Administrar los antibióticos β -lactámicos y los glucopéptidos
- Población bacteriana con metabolismo disminuido: Tratamiento prolongado (4-6 semanas)
- Riesgo de destrucción valvular: Combinaciones sinérgicas de antibióticos



Microorganismos

- Estreptococos viridans: Son sensibles a la penicilina
- Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes: Penicilina, cefalosporinas (ceftriaxona)
- Enterococos y estreptococos viridans resistentes a la penicilina: Ampicilina con aminoglucósidos



Quirúrgico

Entre un 30% y un 50% de los pacientes con endocarditis precisará un tratamiento quirúrgico en el curso de la infección

El tratamiento quirúrgico ha mejorado el pronóstico de la endocarditis, la recidiva es muy poco frecuente



Referencias

Farreras Rozman Medicina Interna 19a Edicion 2020 (1).pdf

MIOCARDITIS

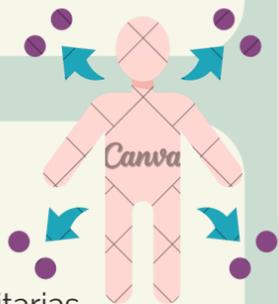
MIOCARDITIS INFECCIOSA



Después de que los virus penetran a través del aparato respiratorio o tubo digestivo pueden infectar órganos que poseen receptores específicos.

Hay una respuesta inmunitaria innata inespecífica, Si no se interrumpe, la respuesta inmunitaria adquirida puede perpetuar el daño cardíaco secundario. La liberación continua de citocinas activa las metaloproteinasas de matriz que pueden alterar el andamiaje de colágeno y elastina del corazón, potenciando la dilatación ventricular

CAUSAS



- Infecciosas: Virales, parasitarias, bacteriana, por espiroquetas, rickettsias.
- No infecciosas: Sarcoidosis, miocarditis de células gigantes.
- Tóxicas: Alcohol, catecolaminas, interferón.
- Metabólicas: Deficiencias nutricionales, de electrolitos, endocrinopatías, obesidad.
- Defectos hereditarios de las vías metabólicas: Miopatía cardíaca y de músculo estriado

PREVALECE EN

Adulto joven o de edad madura que desarrolla disnea progresiva y debilidad en unos cuantos días a semanas después del síndrome viral, que se acompaña por fiebre y mialgias.

MIOCARDITIS NO INFECCIOSA



- Puede ocurrir sin infección aparente previa
- La mas comun es la miocarditis granulomatosa, incluye la sarcoidosis y la miocarditis de células gigantes

- Inmunodepresores para la miocarditis mediada por mecanismos inmunitarios
- No se recomiendan tratamientos antivirales o antiinflamatorios
- El manejo se hara por recomendaciones generales para la miocardiopatía dilatada

DEFINICION



Es una inflamación del corazón se atribuye a agentes infecciosos que pueden lesionar el miocardio a través de invasión directa, se asocia con Trypanosoma cruzi.

CLINICA



- Dolor torácico sugestivo de pericarditis o infarto agudo del miocardio
- Taquiarritmias auriculares y ventriculares
- Embolia pulmonar
- Choque cardiógeno

LABORATORIOS

- Concentraciones séricas de troponina y fracciones de creatina fosfoquinasa
- Criterios de Dallas para miocarditis en la biopsia
- PCR



VIRUS ESPECÍFICOS

- Enterovirus
- Virus Coxsackie
- Echovirus
- Poliovirus
- Influenza
- Vaccinia
- Citomegalovirus
- VIH
- Hepatitis C
- Virus sincitial respiratorio
- Virus de Epstein-Barr
- Parvovirus B19



MIOCARDITIS PARASITARIA

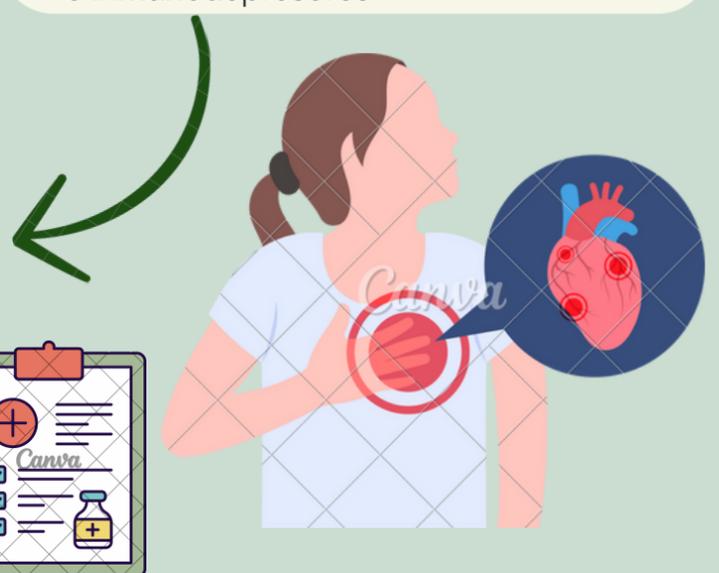


La enfermedad de Chagas es la tercera infección parasitaria más común en el mundo y es la causa infecciosa de miocardiopatía.



TRATAMIENTO

- A la fecha no se recomienda ningún tratamiento específico
- Durante la infección aguda se evita el tratamiento con fármacos antiinflamatorios o inmunodepresores



BIBLIOGRAFIA

Harrison Principios de Medicina Interna.20º.2019.Tomo 2.1 (1).pdf

BIBLIOGRAFIA

- Farreras Rozman Medicina Interna 19a Edicion 2020 (1).pdf
- Harrison Principios de Medicina Interna.20°.2019.Tomo 2.1 (1).pdf