

NOMBRE DEL ALUMNO: JOHANA
ALEJANDRA MUÑOZ LAY

CARRERA: MEDICINA HUMANA.

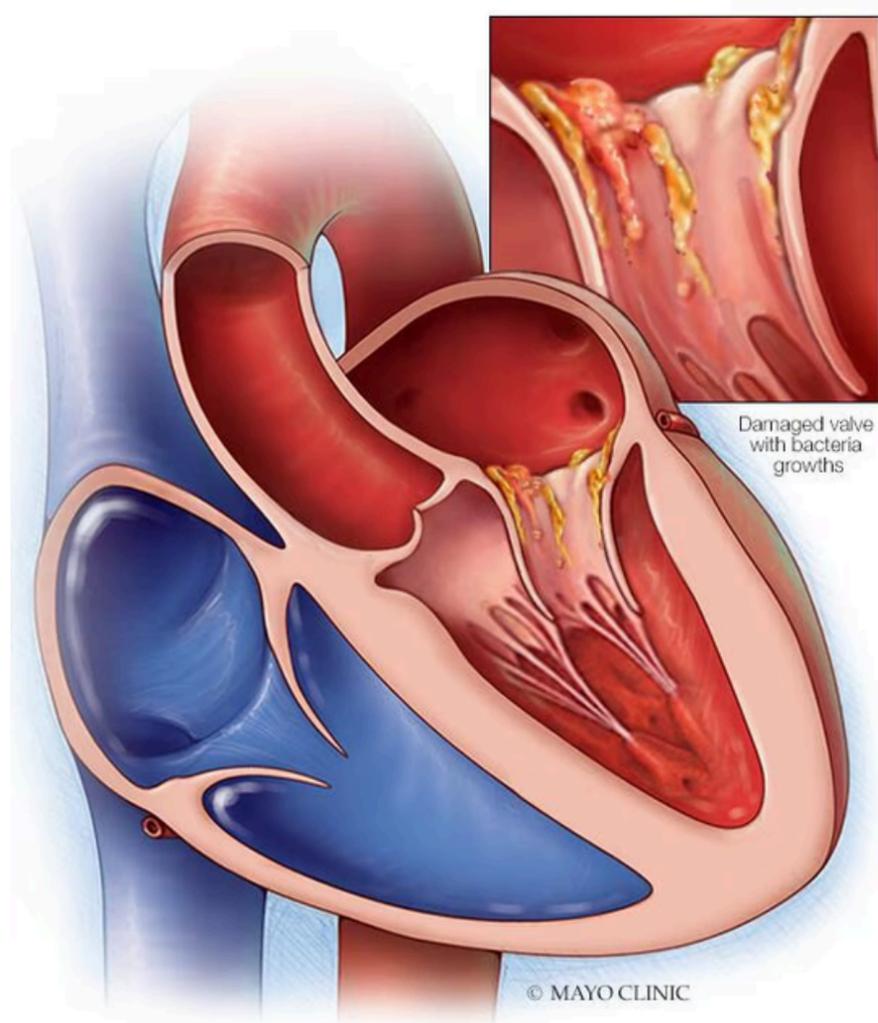
ASIGNATURA: CARDIOLOGÍA

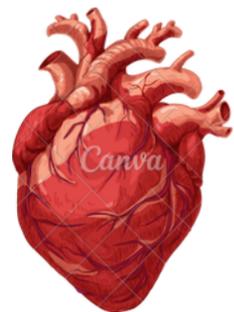
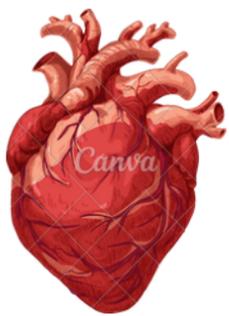
DOCENTE: DR. MIGUEL BASILIO
ROBLEDO.

ACTIVIDAD: INFOGRAFIAS

QUINTO SEMESTRE

GRUPO A





Endocarditis

Definición

Es una infección intracardiaca activa ya sea de origen bacteriano en la mayoría de los casos cuya lesión más características son las vegetaciones. Estas pueden localizarse en una o más válvulas cardiacas e incluso involucrar tejidos adyacentes como las cuerdas tendinosas, endocardio, miocardio, pericardio, así como afectación vascular remota en el sitio de la coartación aórtica de conducto arterioso o persistente, inclusive en cortocircuitos creados quirúrgicamente.

Actualmente en México, hay grupos específicos afectados en especial en personas con patologías reumáticas y con factores predisponentes agregados como las cardiopatías congénitas, las toxicomanías e inclusive el uso de dispositivos intracardiacos

Epidemiología

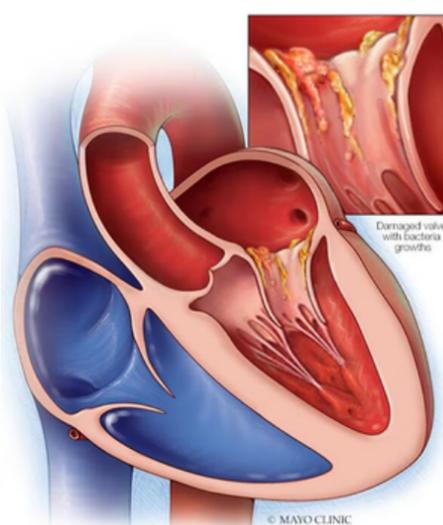


15 - 20 %

La tasa de mortalidad en pacientes con endocarditis infecciosa puede llegar a ser del 15 al 20% y que llegue alcanzar una mortalidad al año de casi 40%, por esto mismo, es importante el diagnóstico y el tratamiento oportuno en pacientes con esta enfermedad

Patogenia

- Gérmenes bacterianos:
 - Streptococcus viridans (50-60% de los casos),
 - Staphylococcus aureus (20-30%),
 - Enterococos y grupo HACEK (Haemophilus, Actinobacillus, Cardiobacterium, Eikenella y Kingella)
- Gérmenes fúngicos:
 - Hongos, como Candida.
- Otros: Bacilos gramnegativos.



Factores de riesgo



- Anomalías valvulares: Cicatrices valvulares, prolapso de la válvula mitral, estenosis valvular calcificada degenerativa, válvula aórtica bicúspide y válvulas artificiales.
- Bacteriemia: Infección patente en otro lugar, intervención quirúrgica u odontológica, aguja contaminada compartida por consumidores de drogas intravenosas o roturas de barreras epiteliales del intestino, cavidad oral o piel.
- Profilaxis antibiótica: Reducir el riesgo de endocarditis en pacientes con anomalías valvulares o bacteriemia conocida.

Características de la endocarditis

- Endocarditis sobre válvulas nativas: Dañada o anómala por cualquier causa.
- Endocarditis sobre válvulas protésicas: Produce 1-2 meses después del implante quirúrgico.
- Endocarditis con cultivo negativo: Aproximadamente un 10% de los casos, debido a tratamiento antibiótico previo, problemas para aislar el organismo causal o que los organismos enterrados en las profundidades de las vegetaciones en desarrollo no se liberan a la sangre.

Características clínicas

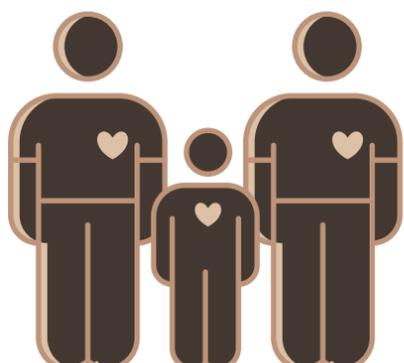
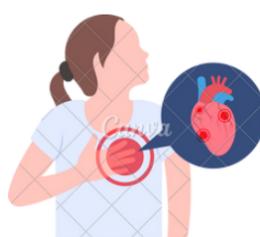
Síntomas

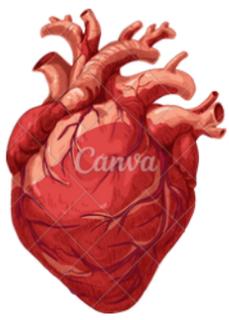
- Fiebre alta
- Escalofríos
- Debilidad y cansancio
- Pérdida de peso
- Síndrome seudogripal
- Soplos cardíacos



Manifestaciones Clínicas

- Anomalías cardíacas
- Arritmias
- Embolias sistémicas
- Sepsis
- Glomerulonefritis
- Lesiones cutáneas (eritematosas o hemorrágicas)
- Nódulos subcutáneos en los dedos
- Hemorragias retinianas





Endocarditis



Diagnóstico

El diagnóstico siempre deberá ser de forma precoz para poder establecer un tratamiento oportuno. en estos casos se utilizan criterios diagnósticos para la endocarditis como:

- Los criterios de Duke modificados
- Hallazgos físicos
- Resultados de hemocultivo
- Ecocardiograma
- Información de laboratorio

Criterios patológicos
Microorganismos identificados por cultivo o estudio histológico en una vegetación un émbolo de esta o una intracardíaco
Criterios clínicos
<p>Mayores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemocultivos positivos de un organismo característico o Persistentemente positivos de un organismo inusual • Identificación ecográfica de una masa o absceso relacionado con una válvula o un implante o separación parcial de una válvula artificial • Insuficiencia valvular de nuevo desarrollo <p>Menores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesión cardíaca predisponente a consumo de drogas Por vía intravenosa • Fiebre • Lesiones vasculares • Fenómenos inmunológicos, como glomerulonefritis • Evidencia microbiológica • Hallazgo Ecocardiográfico compatible con endocarditis

Complicaciones

1. Sepsis
2. Arritmias
3. Embolias sistémicas
4. Glomerulonefritis
5. Insuficiencia cardíaca



Pronóstico

1. Mortalidad alta sin tratamiento (80-90%)
2. Tasa de curación:
 - S. viridans: 98%
 - Enterococos y S. aureus: 60-90%
 - Bacilos gramnegativos y hongos: 50% de mortalidad
1. Recambio valvular necesario en casos de endocarditis de válvulas protésicas

Tratamiento Principios

1. Elección del tratamiento antibiótico eficaz.
2. Duración del tratamiento: 4-6 semanas, excepto en casos específicos.
3. Vía de administración: intravenosa.
4. Monitoreo continuo.



Esquemas de tx

1. Estreptococo B hemolítico: Penicilina G + Aminoglucósido (4 semanas + 2 semanas).
2. Estreptococo viridans o pneumoniae: Penicilina G + Aminoglucósido (4 semanas + 2 semanas).
3. Estafilococo susceptible a Penicilina: Penicilina G + Aminoglucósido (4-6 semanas + 5 días).
4. Estafilococo resistente a Penicilina: Vancomicina + Aminoglucósido (4-6 semanas + 5 días).
5. Estafilococo en válvula protésica: Vancomicina + Rifampicina + Aminoglucósido (6 semanas + 6 semanas + 2 semanas).
6. Enterococo: Ampicilina + Aminoglucósido (6 semanas + 4 semanas).
7. Bacilos Gram negativos: Ampicilina + Aminoglucósido (4 semanas + 4 semanas).
8. Hongos: Anfotericina B + Azoles.



Tx empírico

1. Válvula nativa: Ampicilina + Aminoglucósido (4-6 semanas + 4-6 semanas).
2. Endocarditis protésica temprana: Vancomicina + Rifampicina + Aminoglucósido (6 semanas + 2 semanas + 2 semanas).
3. Endocarditis protésica tardía: Igual que la endocarditis nativa.

Consideraciones

1. Alergia a la Penicilina: Vancomicina.
2. Monitoreo de la respuesta al tratamiento.
3. Seguimiento médico regular.



Miocarditis

Se considera como miocarditis a todo proceso inflamatorio, no isquémico del miocardio, ya sea de causa conocida o desconocida, asociado a grados variables de disfunción cardiaca.

Definición

Las miocarditis son un grupo diversos de entidades patológicas en las que los microorganismos infecciosos y un proceso inflamatorio primario causan una lesión al miocardio



Epidemiología

- En México, se reporta incidencia de un caso de miocarditis aguda primaria por 1000 ingresos al año
- Principal causa de muerte súbita en sujetos jóvenes menores de 40 años

Clasificación

Se clasifica de acuerdo al horizonte clínico patológico en cuatro grandes grupos

Miocarditis fulminante

Miocarditis aguda

Miocarditis crónica activa

Miocarditis crónica persistente

Miocarditis fulminante

Se presenta con enfermedad aguda, después de un pródromo viral. Los pacientes tienen un grave compromiso cardiovascular, múltiples focos de miocarditis activa por estudios histológico y disfunción ventricular que se resuelve espontáneamente o bien, evoluciona invariablemente a la muerte del sujeto

Miocarditis aguda

Se presenta como inicio más insidioso de la enfermedad. Existe disfunción ventricular establecida y alta. Probabilidad de progresión a miocardiopatía dilatada.

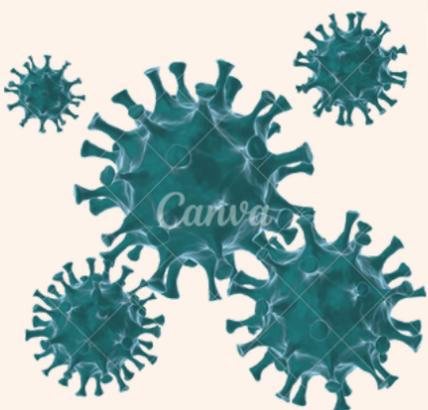
Miocarditis crónica activa

Afecta a pacientes que tienen una recaída clínica o histológica y desarrollan disfunción ventricular asociada con cambios inflamatorios crónicos

Miocarditis crónica persistente

Caracterizada por infiltrados histológicos persistentes, un foco de necrosis, miocárdica y síntomas cardiovasculares. Tales como dolor del tórax o palpitaciones, pero sin disfunción ventricular.

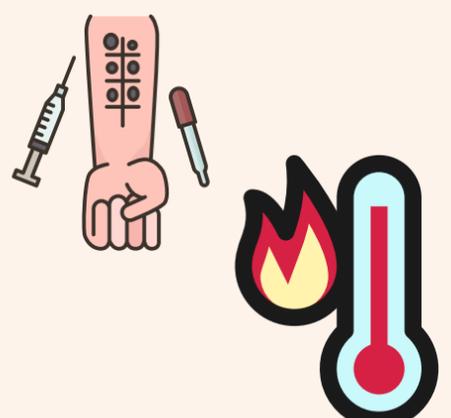
Causas infecciosas



1. Virus: Coxsackie A y B, enterovirus, citomegalovirus, VIH y gripe.
2. Parasitos: Trypanosoma cruzi (enfermedad de Chagas), Trichinella spiralis (triquinosis), toxoplasmosis.
3. Bacterias: Corynebacterium diphtheriae (difteria), Borrelia burgdorferi (enfermedad de Lyme).
4. Otros: Infecciones fúngicas, miocarditis mediadas por la inmunidad y trastornos idiopáticos.

Causas No infecciosas

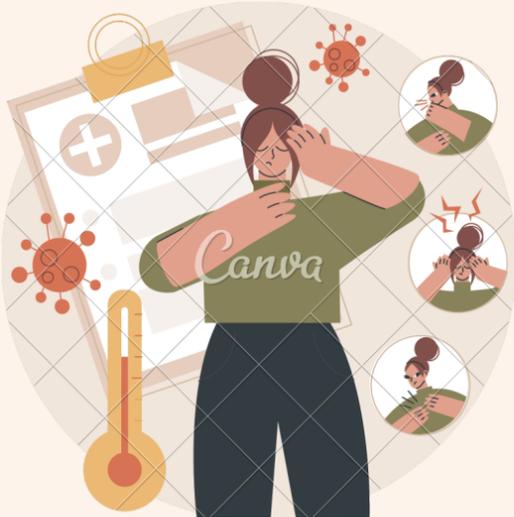
1. Agentes químicos: litio, arsénico, venenos
2. Hipersensibilidad a fármacos: metildopa, penicilinas tetraciclinas
3. Procesos autoinmunes: vasculitis y colágenosis
4. Agentes físicos: hipotermia, golpe de calor y radiaciones



Miocarditis

Patogenia

1. Lesión miocárdica directa por el patógeno.
2. Respuesta inmunitaria destructora.
3. Producción de citocinas inflamatorias.
4. Daño miocárdico secundario a otras enfermedades.



Manifestaciones clínicas

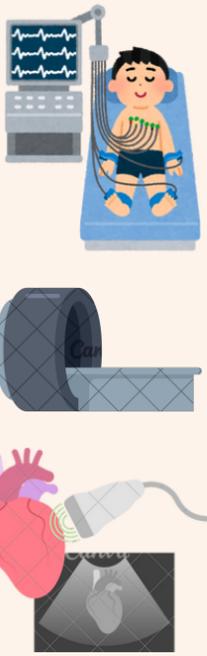
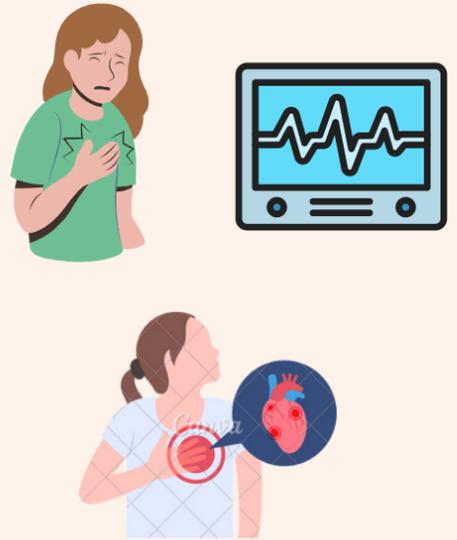
Las manifestaciones clínicas pueden embargar persiguiendo al paciente ya que pueden cursar de forma sintomática o bien con dolor torácico, diferentes grados, insuficiencia cardíaca, trastornos de ritmo o conducción cardíaca y hasta la muerte súbita.

Pruebas diagnósticas

Los pacientes con miocarditis agudas presentan como antecedentes hasta 60% síntomas relacionados al resfriado común y ataque al estado general

Síntomas y hallazgos clínicos

1. Disnea (72% de los casos)
2. Dolor torácico (32% de los casos)
3. Arritmias y palpitaciones (18% de los casos)
4. Fiebre (18% de los casos)
5. Sincope (5% de los casos)
6. Fatiga y disminución de la tolerancia al ejercicio (15% de los casos)



Pruebas complementarias

1. Electrocardiograma (ECG): alteraciones del ST, arritmias y bloqueo AV.
2. Ecocardiograma: hipocinesia generalizada, derrame pericardico, disfunción diastólica.
3. Biomarcadores cardíacos: CK total, CK-MB, troponina I.
4. Cateterismo cardíaco: biopsia endomiocárdica del ventrículo derecho.
5. Resonancia magnética (RM): diagnóstico de miocarditis y evaluación de la función ventricular.

Diagnóstico

1. Biopsia endomiocárdica: infiltrado inflamatorio asociado a daño de miocitos.
2. Presencia de células inflamatorias (linfocitos T) y cambios degenerativos en la biopsia.
3. Ausencia de cambios inflamatorios no descarta el diagnóstico.



Indicaciones para la biopsia

1. Falla cardíaca reciente (< 2 semanas)
2. Arritmias ventriculares o bloqueo AV severo
3. Tratamiento ineficaz durante 2 semanas
4. Hallazgos clínicos relacionados con daño miocárdico reciente

Miocarditis

Tratamiento

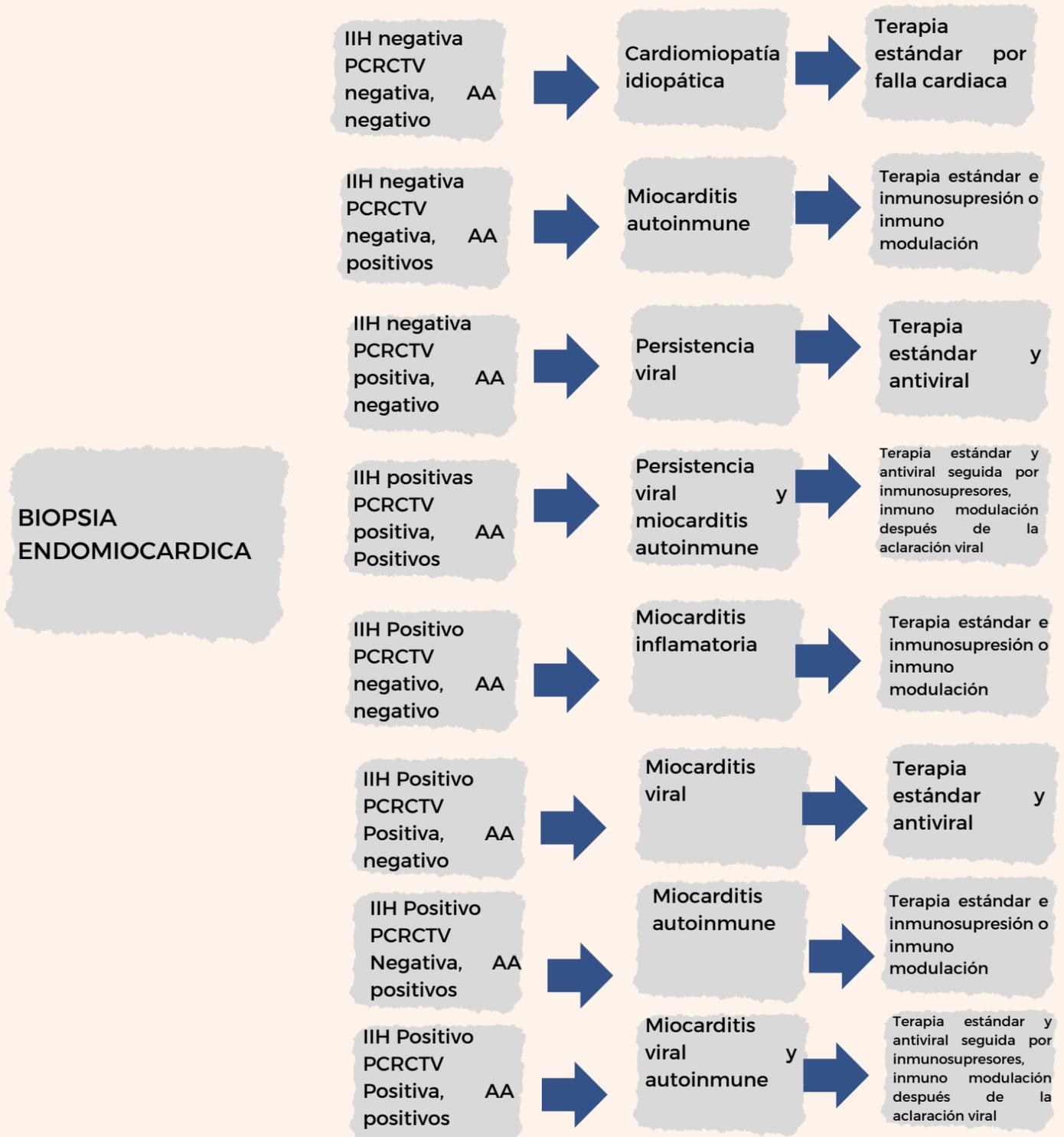
Cabe recalcar el tratamiento, será en base a su etiología, y en función al tipo de inflamación miocárdica que este presente.



Contraindicaciones

Está contraindicado el uso de esteroides en los pacientes en quien se cuenta con el diagnóstico de infección viral durante la fase aguda

Tratamiento de acuerdo al resultado de la biopsia



Vigilancia y seguimiento

El seguimiento de los pacientes con miocarditis debe de ser en unidades de segundo nivel y tercer nivel de atención

Y recomienda de siete a 168 días como incapacidad

Bibliografía

- Vinay Kubul Kumar, Abbas and John c. (2021). Robbin's y Cotran patología estructural y funcional
- GPC: Diagnóstico y tratamiento de miocarditis aguda. 2010
- GPC: Diagnóstico y tratamiento de endocarditis infecciosa 2010