



SERVICIO DE CARDIOLOGÍA-CHDr.A.A.M

Protocolo-Pericarditis Aguda

Nombre	Cédula	Edad	Sexo
Servicio	Cama	Fecha	

Evaluar la Historia Clínica: Antecedentes con pródromo

Clínica

1. Dolor torácico pleurítico, agudo que mejora con la sedestación e inclinado hacia adelante.
2. Roce pericárdico

DEFINICIÓN y DIAGNÓSTICO

Síndrome pericárdico inflamatorio que se debe diagnosticar con al menos **dos** de los siguientes criterios:

1. Dolor torácico de tipo pericárdico
2. Roce pericárdico.
3. Elevación difusa del segmento ST de nueva aparición o depresión del PR en el ECG.
4. Derrame pericárdico (nuevo o empeoramiento).

Hallazgos adicionales de apoyo:

– Elevación de marcadores de inflamación (proteína C reactiva, tasa de sedimentación eritrocitaria y recuento leucocitario)

– Evidencia de inflamación pericárdica por imagen (Tomografía computarizada, Resonancia magnética cardíaca).

Estudios de Gabinete:

Laboratorios

Elevación de Marcadores de Inflamación: (monitorizar la actividad de la enfermedad y la eficacia del tratamiento).

Elevación de Biomarcadores cardíacos (CPK, troponina): Considerar Miopericarditis

Alteraciones Electrocardiográficas

Estadio I (hrs-días): Elevación difusa del ST (conservar hacia arriba) con elevación del PR en AVR.

Estadio II (Primera Semana): Normalización del ST y PR.

Estadio III: Inversión difusa de la onda T.

Estadio IV: Normalización del EKG o persistencia de la inversión de la onda T (> 3 meses).

Radiografía de Tórax

Típicamente normal.

Cardiomegalia (si hay efusión).

Ecocardiograma

Usualmente normal.

Descartar efusión pericárdica.

Predictores de Mal Pronóstico

NO

SI

Reevaluación en una semana

Seguimiento Ambulatorio

Antiinflamatorios Restricción Física (3 meses en deportistas competitivos/trabajo con esfuerzo físico)

Tratamiento Médico

Ingreso Hospitalario

buscar etiología

Mayores:
Fiebre > 38° C
Inicio subagudo
Derrame pericárdico importante
Taponamiento cardíaco
Ausencia de respuesta al ácido acetilsalicílico o a los AINEs tras, al menos una semana de tratamiento

Menores
Miopericarditis
Inmunosupresión
Traumatismo
Tratamiento con anticoagulantes orales

IDENTIFICAR POSIBLE ESTIOLOGÍA:

- **Causas Infecciosas: Virales (más común):** Enterovirus, Herpesvirus, Parvovirus B19, Adenovirus.
- **Bacterianas:** Mycobacterium tuberculosis, Coxiella Burnetii (raro), Pneumococcus, Meningococcus, Gonococcus, Staphylococcus.
- **Fúngicas (muy raras):** Histoplasma (inmunocompetentes), Aspergillus, Blastomyces, Candida (inmunodeprimidos).
- **Causas No Infecciosas:**
- **Autoinmunes:** LES, AR, Vasculitis sistémica, Sarcoidosis, enfermedades inflamatorias intestinales.
- **Neoplásicas:** tumores primarios y metastásicos.
- **Metabólica:** uremia, miixedema.
- **Traumática y iatrogénica.**
- **Inducida por fármacos (infrecuente):** LES inducido por fármacos (hidralazina, metildopa, isoniazida, doxorubicina, daunorubicina).
- amiodarona, metisergida, tiacidas, clozapina, tiouracilo.

Fármaco	Dosis Habitual	Duración	Pauta de Reducción
Aspirina	750-1.000 mg cada 8 h	1-2 semanas	Reducir la dosis en 250-500 mg cada 1-2 sem.
Ibuprofeno	600 mg cada 8 hra	1-2 semanas	Reducir la dosis en 200-400 mg cada 1-2 sem.
Colchicina	0,5 mg una sola vez (< 70 kg) o 0,5 mg dos veces al día (> 70 kg)	3 meses	No es obligatorio; alternativamente 0,5 mg en días alternos (< 70 kg) o 0,5 mg una sola vez (> 70 kg) en las últimas semanas.
Indometacina	50 mg c/8 hra	1-2 semanas	Reducir la dosis c/ semana según la clínica y PCR

