

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de la Válvula Tricúspide

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-242-09**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

I07.0 Estenosis Tricúspide reumática.

I.07.1 Insuficiencia Tricúspide reumática.

I08.1 Trastornos de las válvulas mitral y tricúspide.

I08.3 Trastornos combinados de las válvulas mitral, aortica y tricúspide.

GPC

**Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de la Válvula Tricúspide
y Enfermedad Plurivalvular**

ISBN: 978-607-7790-25-9

DEFINICIÓN

La primera causa de enfermedad de la válvula tricúspide, es el resultado de uno o varios episodios de infección faríngea por *Estreptococo β hemolítico del grupo A de Lancefield*, que puede ocasionar Fiebre reumática aguda provocando un cuadro clínico característico y daño causado en el endocardio de las valvas, fusión de comisuras y daño valvular que lleva a la cardiopatía valvular crónica llamada Cardiopatía reumática Inactiva.

Otras causas menos frecuentes son infecciosas (Endocarditis), congénitas (Enfermedad de Ebstein) y finalmente y como casos aislados; el Síndrome Carcinoide, la Enfermedad de Fabry, enfermedad de Wipple y secundarias al empleo de Anorexígenos y medicamentos para la Migraña.

FACTORES DE RIESGO

Cuadros faringoamigdalinos de repetición en la infancia. Fiebre Reumática diagnosticada, Valvulopatía mitral ó cirugía valvular mitral. Ingestión crónica de antimigrañosos, anorexígenos y radioterapia torácica.

DIAGNÓSTICO

Los síntomas clínicos incluyen los secundarios a congestión venosa sistémica, edema de miembros inferiores y ascitis. En la estenosis se escucha un chasquido de apertura, retumbo y reforzamiento presistólico. En la insuficiencia se ausculta un soplo holosistólico postinspiratorio en la parte baja de la región paraesternal izquierda

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Deberá solicitarse en todos los pacientes con sospecha de enfermedad de la válvula tricúspide: Estudios generales de laboratorio.

En Rx. y ECG: Crecimiento de cavidades derechas y en algunos casos fibrilación auricular.

ETT, ET: Imagen en "domo", fusión comisuras, en casos severos área valvular tricuspidea < 1cm².

En la IT severa: Dilatación de la VCI, Dilatación de las venas suprahepáticas con latido sistólico y flujo regurgitante transtricuspideo.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- En IT esta indicado utilizar diuréticos, y vasodilatadores en ritmo sinusal
- Esta indicado en pacientes con fibrilación auricular controlar la frecuencia ventricular (digital, calcioantagonistas o betabloqueadores) y proporcionar una cobertura antitrombótica mediante, anticoagulación oral.
- Indicar profilaxis primaria y secundaria (ver tablas.)

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Esta indicada la anuloplastia para la IT severa e hipertensión pulmonar en pacientes con enfermedad valvular mitral que requieren cirugía.

Esta indicada la sustitución valvular en pacientes con IT severa secundaria a afectación de los velos que no pueden ser reparados satisfactoriamente

Esta indicada la sustitución valvular o anuloplastia en pacientes sintomáticos con IT severa y presión pulmonar < 60 mmHg.

Esta indicada la anuloplastia en pacientes con IT leve-moderada con hipertensión pulmonar secundaria a enfermedad mitral que requiere cirugía

No esta indicada la sustitución valvular o anuloplastia en enfermos con IT sin daño del VD que tienen una válvula mitral, están asintomáticos o, si están Sintomáticos y no han recibido tratamiento diurético adecuado

Esta indicada la VPB de la tricúspide en reducido grupo de pacientes con Estenosis mitral y de la tricúspide donde la lesión mitral se trató con VPB y los pacientes continúan con síntomas después de tratamiento farmacológico.

Se recomienda la sustitución valvular en pacientes con IT secundaria a empleo de anorexígenos debido a ocasionan fibrosis y pueden ser afectadas todas las válvulas cardiacas.

Se recomienda en la lesión de la válvula tricúspide por síndrome carcinoide utilizar prótesis mecánica en lugar de homoinjertos.

Se recomienda en IT severa cirugía en paciente con enfermedad plurivalvular

Se recomienda enviar pacientes con IT severa independiente de la sintomatología a cirugía antes que presenten dilatación o daño del VD.

Se consideran marcadores de mal pronóstico para cirugía en pacientes con insuficiencia severa de la válvula tricúspide:

Hb < 11.5, Área sistólica del VD mayor a 20cm².

Plaquetas < 120 mil

La asociación de Hb baja y plaquetopenia se debe a hiperesplenismo secundario a congestión venosa sistémica crónica

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Envío de pacientes del 1er nivel de atención médica al 2° y 3° nivel de atención médica.

Ante la sospecha clínica de patología valvular se deben solicitar al 2° o 3° nivel apoyo diagnóstico para realizar ECG., RayosX., y ecocardiograma.

Con el diagnóstico integral se debe enviar el paciente al 2° nivel para valoración cardiológica y de ser necesario envío al 3° nivel para manejo quirúrgico.

El 3° nivel de atención médica deberá enviar al 2° nivel a los pacientes que han sido sometidos a tratamiento quirúrgico y son portadores de válvula protésica, ellos deben de ser controlados de por vida por cardiología en el 2° nivel para control de anticoagulantes, profilaxis primaria y secundaria y ajuste de otros fármacos.

El 2° nivel deberá mandar los pacientes a valoración por el 3° nivel cuando se sospeche por clínica y auxiliares de diagnóstico alguna complicación que amerite nuevamente tratamiento por el 3° nivel (disfunción protésica, disfunción de otra válvula cardiaca, Bloqueo Auriculo-ventricular etc).

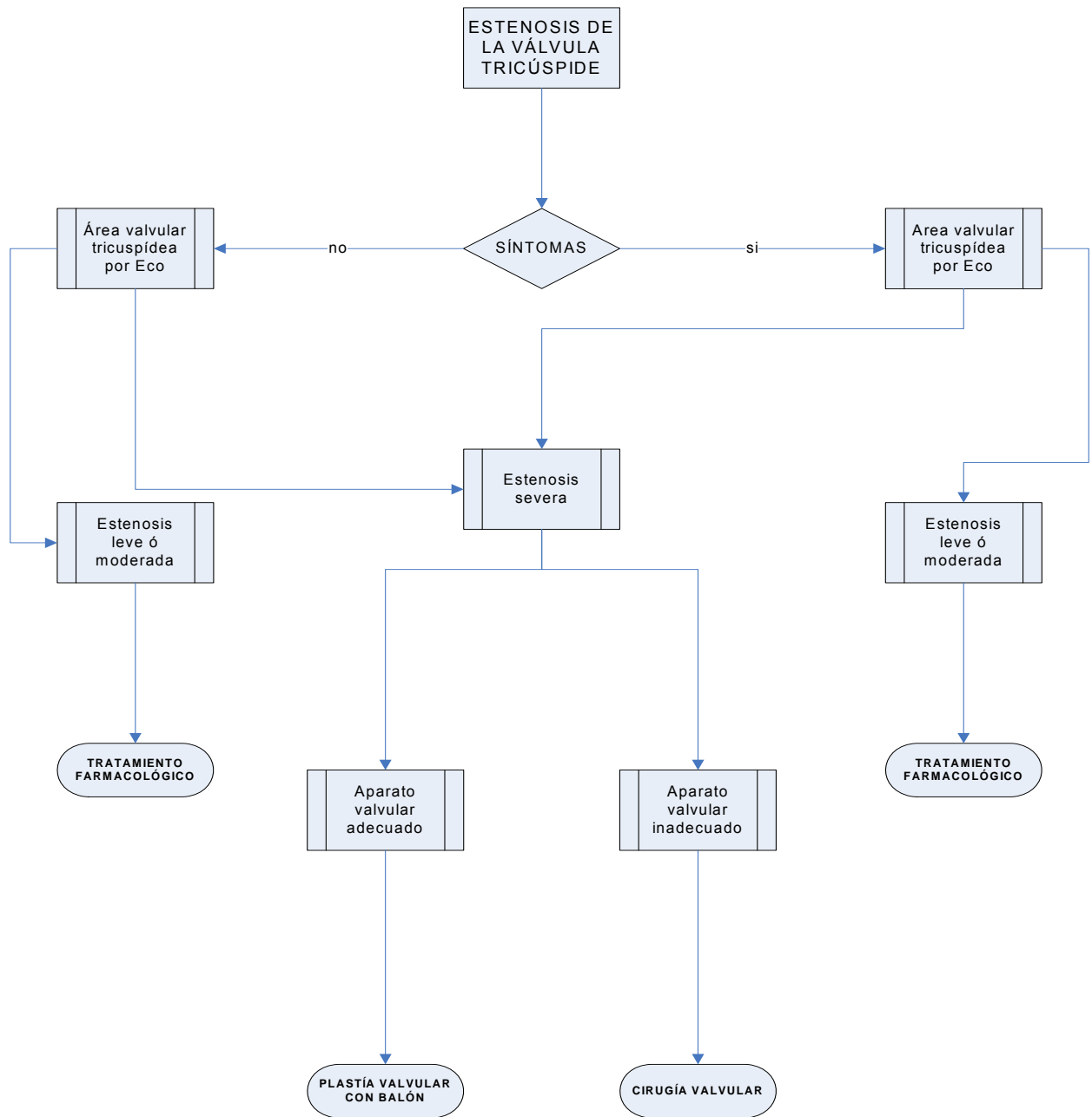
INCAPACIDAD

Se recomienda después de cirugía valvular de 40-60 días.

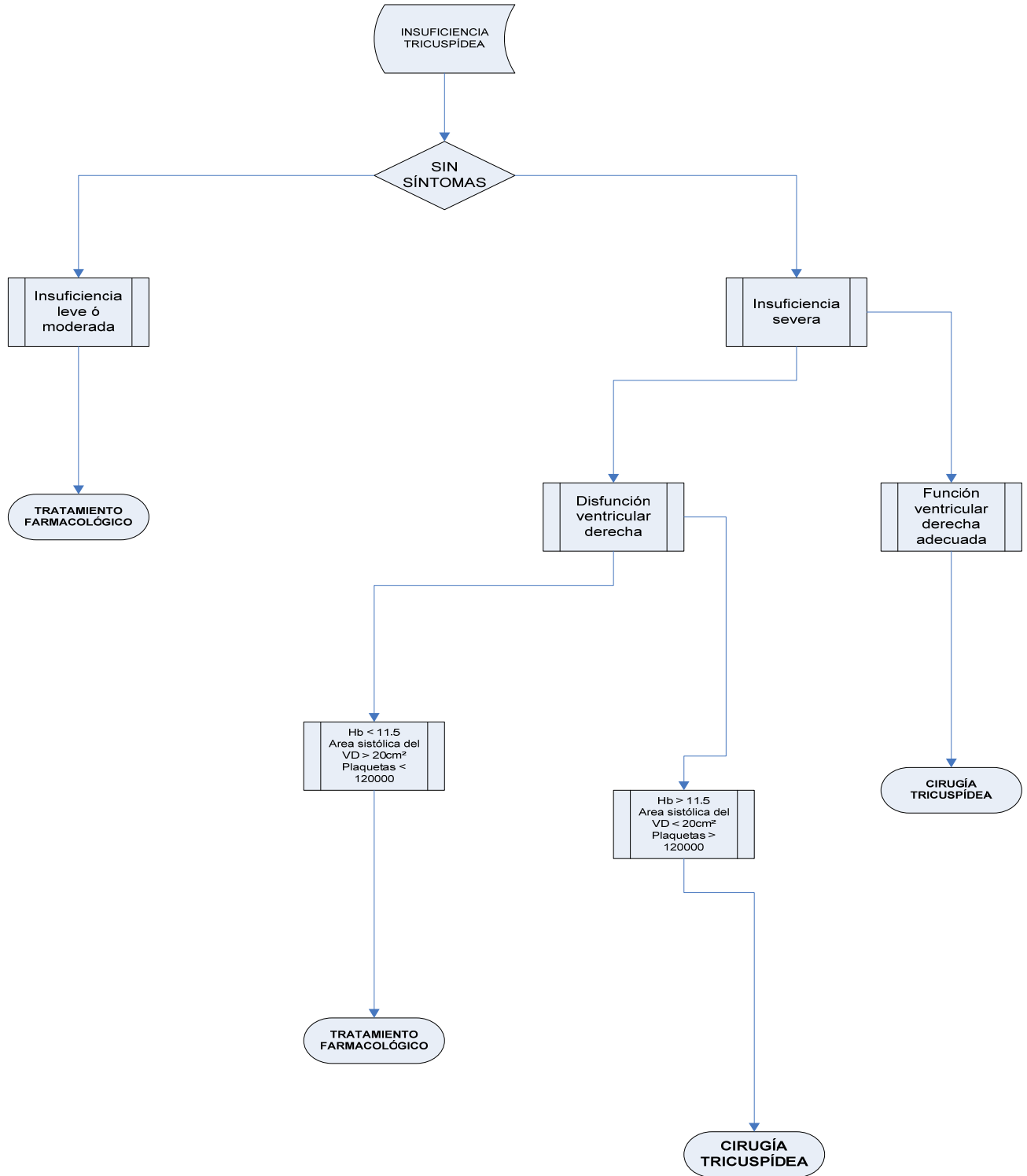
The medical Disability Advisory.

ALGORITMOS

**ALGORITMO I
ESTENOSIS DE LA VÁLVULA TRICÚSPIDE**



**ALGORITMO II
INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA SIN SÍNTOMAS**



**ALGORITMO III
INSUFICIENCIA TRICÚSPIDEA SINTOMÁTICA**

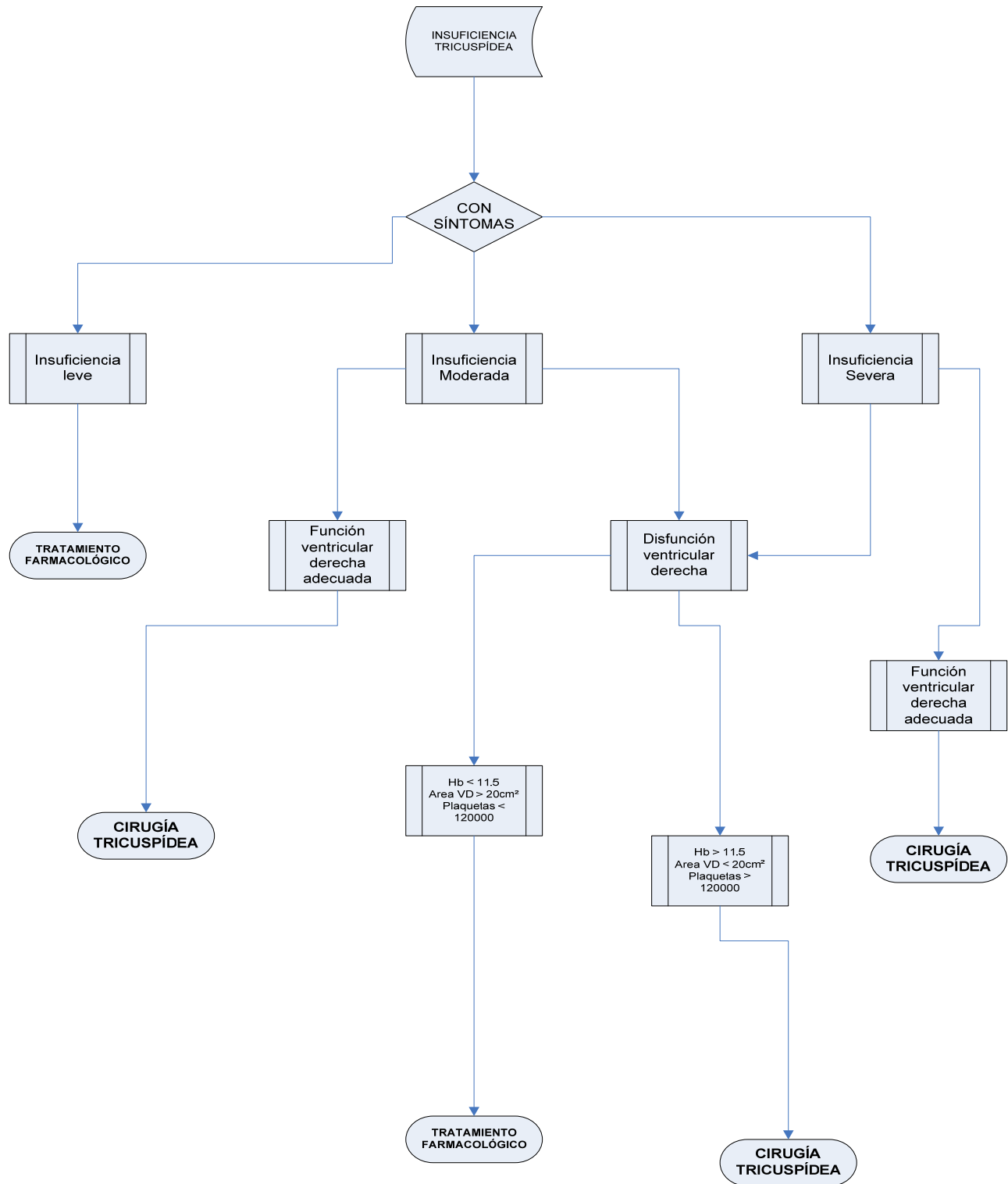


Tabla 1. Prevención Primaria.

Erradicación de *Streptococcus* β hemolítico en Faringitis y Faringoamigdalitis.

AGENTE	DOSIS	VIA	DURACIÓN	E/R.
<i>Penicilina V</i>	Niños ≤ de 27 Kg 250 mgr c/8hs.	Oral.	10 Días.	IB.
<i>Amoxicilina.</i>	Niños ≥ de 27 Kg, 500 mgr c/ 8hs. O 50 mgr/kg por día hasta 1 gr. O		10 Días.	IB.
<i>Penicilina G Benzatinica</i>	600 mil U. ≤27kg. 1200,000U. ≥27Kg	IM.	Dosis Unica	IB
<i>En pacientes alérgicos a la penicilina. Cefalosporinas de 1ª generación</i>	Variable. O	Oral	10 Días	IB
<i>Clindamicina</i>	20mgr/kg/día dividido en 3 dosis (máximo 1.8gr/día). O	Oral	5 Días	IlaB
<i>Azitromicina</i>	12mg/kg/día (máximo 500mgr/día) O	Oral	5 Días	IlaB.
<i>Claritromicina</i>	15mg/kg/día dividido en 2 tomas (máximo 250mgr/por dosis).	Oral	10 días	IlaB

No se deben de usar Tetraciclinas, Sulfonamidas, Trimetoprim y Fluoroquinolonas.
Las cefalosporinas deben de evitarse en pacientes con respuesta alérgica a la penicilina tipo I.

Tabla 2.
Prevención secundaria en pacientes con Fiebre Reumática.

ANTIBIOTICO	DOSIS	VIA	E/R
<i>Penicilina G Benzatinica.</i>	<i>600 mil U. ≤27kg. 1200,000U. ≥27Kg c/ 4 semanas.</i>	<i>IM</i>	<i>IA.</i>
<i>Penicilina V.</i>	<i>250mgr/c/12hs</i>	<i>Oral.</i>	<i>IB.</i>
<i>Sulfadiazina.</i>	<i>500mgr. ≤27kg. 1 gr. ≥27Kg c/24hs.</i>	<i>Oral.</i>	<i>IB.</i>
<i>En pacientes alérgicos a la Penicilina y Sulfas.</i>			
<i>Macrolidos.</i>	<i>Variable</i>	<i>Oral.</i>	<i>IC</i>

Tabla 3.
Recomendación para la duración de la Profilaxis en pacientes Con Fiebre reumática.

PRESENTACION CLINICA.	DURACION DESDE EL ULTIMO CUADRO CLINICO	I/E
Fiebre Reumática con carditis y daño valvular persistente.	Durante 10 años o hasta que cumpla 40 años de edad. Puede ser toda la vida.	IC
Fiebre Reumática con Carditis pero sin daño valvular.	Durante 10 años o hasta que cumpla 21 años. Puede ser mas tiempo	IC
Fiebre Reumática sin Carditis.	Durante 5 años o hasta que cumpla 21 años. Puede ser más tiempo.	IC

La decisión de prolongar el tiempo de duración de la profilaxis dependerá de la presencia de factores de riesgo y deberá de continuar después de remplazo valvular.

Tabla 4.
Profilaxis para Endocarditis bacteriana.

Profilaxis para Endocarditis bacteriana.			
Principio activo	Dosis recomendada. Adultos.	Dosis recomendada en Niños.	Tiempo.
Amoxicilina	2 gr. oral.	50 mgr/Kg. Oral.	30-60 minutos antes del procedimiento.
Ampicilina	2gr IM o IV.	50mgr/Kg IM o IV.	30-60 minutos antes delo procedimiento.
Alérgicos a la Penicilina			
Cefalexina	2gr.oral	50mgr/kg	30-60 minutos antes delo procedimiento.
En pacientes con historia de anafilaxis o angioedema			
Clindamicina	600 mgr oral	15mgr/kg	30-60 minutos antes delo procedimiento.
Azitromicina	500 mgr. oral	15 mgr/kg	30-60 minutos antes delo procedimiento.
Clindamicina	600 mg IM o IV	20mg/kg IM o IV	30-60 minutos antes delo procedimiento.
Profilaxis para Endocarditis bacteriana.			
Principio activo	Dosis recomendada. Adultos.	Dosis recomendada en Niños.	Tiempo.
Amoxicilina	2 gr. oral.	50 mgr/Kg. Oral.	30-60 minutos antes del procedimiento.
Ampicilina	2gr IM o IV.	50mgr/Kg IM o IV.	30-60 minutos antes delo procedimiento.
Alérgicos a la Penicilina			
Cefalexina	2gr.oral	50mgr/kg	30-60 minutos antes delo procedimiento.
En pacientes con historia de anafilaxis o angioedema			
Clindamicina	600 mgr oral	15mgr/kg	30-60 minutos antes delo procedimiento.
Azitromicina	500 mgr. oral	15 mgr/kg	30-60 minutos antes delo procedimiento.
Clindamicina	600 mg IM o IV	20mg/kg IM o IV	30-60 minutos antes delo procedimiento.

ACC/AHA 2008.