

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

Guía de Referencia Rápida

SEDENA

SEMAR

Diagnóstico y Tratamiento de la Pericarditis en el Adulto

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-463-11**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

**CIE 10: I 30 Pericarditis Aguda
I 31 Otras enfermedades del Pericardio**

**GPC
Diagnóstico y Tratamiento de la Pericarditis en el Adulto
ISBN en trámite**

DEFINICIÓN

La pericarditis aguda es la inflamación del pericardio caracterizada por dolor precordial, frote pericárdico y una serie de cambios electrocardiográficos tales como elevación difusa del ST, depresión del PR e inversión de ondas T. Es un desorden común que se presenta en varios escenarios, incluyendo la atención primaria, departamentos de urgencia, medicina interna y en algunas subespecialidades, tales como cardiología, oncología, reumatología, nefrología, entre otras.

JUSTIFICACIÓN

El pericardio es una cubierta delgada que separa el corazón de las demás estructuras mediastinales y provee soporte estructural; actúa como una barrera mecánica e inmunológica y limita la distensión del corazón, lo que ayuda a mantener un volumen cardíaco relativamente constante. En condiciones normales estas funciones se llevan a cabo con la presencia de una pequeña cantidad de líquido pericárdico (25-50 ml). La inflamación de las capas del pericardio que genera un aumento en la producción de líquido pericárdico, generalmente es causada por infecciones (las causas virales son más comunes que las bacterias), aunque también pueden tener una etiología no infecciosa. La inflamación crónica con fibrosis y calcificación puede llevar a rigidez del pericardio, con la posible progresión a la constricción pericárdica.

La forma más común de la enfermedad pericárdica incluye la pericarditis aguda y recurrente, el derrame pericárdico aislado con o sin taponamiento cardíaco y pericarditis constrictiva. La pericarditis representa el 5% de las consultas por dolor torácico no isquémico en los servicios de Urgencias y el 0,1% de las hospitalizaciones. Puede aparecer de manera aislada o formar parte de otras entidades más complejas (lupus, síndrome urémico, traumatismo, VIH). En la mayor parte de los casos su curso es benigno y de fácil manejo con tratamiento antiinflamatorio y analgésico; sin embargo, en un porcentaje no despreciable puede evolucionar de forma tórpida: refractaria al tratamiento, pericarditis recurrente (25%), taponamiento cardíaco (5-28%) y/o evolución hacia la pericarditis constrictiva (1%). Es por ello importante el diagnóstico sindromático, el diagnóstico etiológico, la identificación de los pacientes con alto riesgo de complicaciones y el inicio precoz de un tratamiento adecuado.

OBJETIVOS

1. Describir la clasificación y etiología de la pericarditis en el adulto.
2. Definir los criterios para el diagnóstico de la pericarditis en el adulto.
3. Proporcionar una síntesis de la mejor evidencia y recomendaciones del tratamiento según la etiología.
4. Describir las complicaciones de la pericarditis en el adulto y su tratamiento.
5. Identificar los factores de mal pronóstico y criterios de hospitalización en el paciente con pericarditis
6. Establecer los criterios de referencia y contrarreferencia entre los 3 niveles de atención.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PERICARDITIS EN EL ADULTO

1. Clasificación de la Pericarditis

Por la amplia gama de posibilidades de presentación de la pericarditis, existen numerosas clasificaciones, las más referidas en la literatura son de acuerdo a su etiología, forma de presentación ecocardiográfica y por el tiempo de evolución.

De acuerdo a la clasificación etiológica, la pericarditis se divide en: idiopática, infecciosa, neoplásica, secundaria a enfermedades autoinmunes, miocarditis, urémica y post-infarto del miocardio.

Por su forma de presentación ecocardiográfica, se clasifica como: seca, con derrame (con taponamiento ó sin taponamiento) y constrictiva.

Por su tiempo de evolución se clasifica en: aguda (< 3 meses) y crónica (> 3 meses).

En el estudio inicial de los enfermos con pericarditis la clasificación por su forma de presentación ecocardiográfica es de mayor utilidad para el abordaje diagnóstico-terapéutico ya que proporciona información sobre la repercusión hemodinámica y define el tratamiento invasivo o conservador.

2. Etiología de la Pericarditis

Existe una gran variedad de causas de pericarditis entre las causas más comunes se agrupan en: idiopática, infecciosa, neoplásica, secundaria a enfermedades autoinmunes, miocarditis, urémica y post-infarto del miocardio (**Ver Anexo 1**)

2. Diagnostico Clínico y Electrocardiográfico

Las características clínicas más importantes de la pericarditis aguda son: dolor precordial, frote pericárdico, cambios electrocardiográficos sugestivos y derrame pericárdico. Se considera la sospecha diagnóstica de pericarditis cuando se encuentran al menos dos de los cuatro criterios. Se pueden presentar además síntomas inespecíficos, como astenia, adinamia, ataque al estado general y fiebre, así como disnea, tos seca, palpitaciones.

Los cambios electrocardiográficos sugestivos se presentan por estadios, la evolución típica solo se ve en cerca del 60% de los casos:

Estadio I: presente en el 80% de los casos (primeros días hasta 2 semanas), caracterizada por elevación

difusa del segmento ST usualmente cóncavo, en múltiples derivaciones con depresión del segmento PR usualmente en las mismas derivaciones y cambios recíprocos en las derivaciones aVR y V1.

Estadio II: (1 a 3 semanas) resolución de las anormalidades del PR, segmento ST y alteraciones no específicas de la onda T (disminución o aplanamiento).

Estadio III: (inicia al final de la segunda o tercera semana) inversión de la onda T.

Estadio IV: (Puede tardar hasta más de 3 meses), normalización del segmento PR, segmento ST y ondas T.

Dentro de la evaluación diagnóstica básica debe incluirse: auscultación, electrocardiograma, exámenes séricos generales, radiografía de tórax, marcadores de inflamación séricos [(proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación globular (VSG)], marcadores de lesión miocárdica [(creatin fosfocinasa fracción MB (CPK-MB) y troponina I)], ecocardiograma transtorácico (ETT), pruebas complementarias para causas específicas de acuerdo a sospecha etiológica [desaminasa de adenosina (ADA), anticuerpos antinucleares (ANA), serología para virus de inmunodeficiencia humana (VIH), etc.].

Se recomienda que una vez realizada la pericardiocentesis y solo ante la sospecha clínica de pericarditis bacteriana, tuberculosa, fúngica o maligna enviarse el líquido pericárdico (LP) a estudio citoquímico, tinciones especiales (BAAR, Gram o Papanicolau), cultivos y/o determinaciones con reacción en cadena de la polimerasa (RCP) para *Mycobacterium tuberculosis* o actividad enzimática de la ADA para confirmar diagnóstico etiológico. El análisis citoquímico del LP con los criterios de Light en enfermos con pericarditis aguda discrimina entre exudado y trasudado en el 98% de los casos, sin embargo su utilidad es muy limitada para establecer con exactitud la etiología de pericarditis. Los niveles de actividad de la ADA >40 U/L en el LP son diagnósticos de etiología tuberculosa (sensibilidad 88%, especificidad 83%); además tienen un valor pronóstico para constricción pericárdica. En casos de sospecha de pericarditis bacteriana o presencia de líquido purulento post-punción deben enviarse al menos tres muestras del LP para cultivos tanto en medios para aerobios como anaerobios, así como hemocultivos simultáneos. El análisis de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para virus cardiotrópicos permite distinguir causas virales de pericarditis autorreactiva.

4. Estudios Auxiliares de Diagnóstico por Imagen

Los hallazgos radiográficos en pericarditis aguda varían desde la normalidad hasta el “corazón en forma de garrafa”, en la proyección lateral el derrame pericárdico es sugerido por la presencia de imagen de doble contorno del perfil cardíaco.

La ETT es el estudio de imagen de primera elección en enfermedad pericárdica. Los hallazgos ecocardiográficos tienen una amplia variedad que abarca desde la normalidad hasta el derrame pericárdico con o sin taponamiento y/o restricción del llenado ventricular (**Ver anexo 2**). El hallazgo de cambios en el patrón de llenado con Doppler durante la inspiración y espiración tiene una sensibilidad y especificidad del 85 al 90% para el diagnóstico de pericarditis constrictiva.

La tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética (RM) son estudios opcionales. Se recomienda en casos en los que se necesite definir las características morfológicas, el engrosamiento pericárdico así como para comprobar el tamaño y la extensión del derrame pericárdico simple o complejo. La TAC es más útil para definir imágenes de calcificación y la RM para definir inflamación, pequeñas cantidades de derrame y adherencias pericárdicas.

5. Factores de Mal Pronóstico e Indicación para Hospitalización

Los criterios de mal pronóstico en la pericarditis aguda son: fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$) y leucocitosis, evidencia que sugiera taponamiento cardíaco, derrame pericárdico severo (separación de capas mayor de 20mm en ecocardiografía), estado de inmunodepresión, historia de terapia anticoagulante oral, pericarditis secundaria a traumatismo, falta de respuesta con 7 días de terapia con AINE'S y miopericarditis.

El uso de glucocorticoides como terapia se asocia al desarrollo de complicaciones en pericarditis viral e idiopática.

Se recomienda hospitalización a todo paciente que cuente con por lo menos un criterio de mal pronóstico.

6. Tratamiento Médico

Los AINE's son el pilar del tratamiento en pericarditis aguda, la selección se deberá basar en relación con la historia médica y comorbilidades del enfermo. Se recomienda utilizar ibuprofeno como antiinflamatorio de primera elección, por tener menos efectos secundarios y tener poca o nula influencia en el flujo coronario. En paciente con antecedente de enfermedad cardiovascular se recomienda aspirina como primera elección. Se recomienda administrar dosis altas de AINE's de una a dos semanas (dosis de carga) y continuar durante 3 meses con dosis de mantenimiento. Se recomienda asociar colchicina al uso de AINE's ya que diferentes metanálisis han demostrado un adecuado perfil de riesgo-beneficio en el tratamiento de la pericarditis en el adulto. Se recomienda medir los niveles de la PCR, como marcador de respuesta al tratamiento e iniciar la disminución gradual de una a dos semanas después de que los niveles en sangre de la PCR se normalicen.

La evidencia que soporta el uso de corticosteroides en pericarditis es débil y se ha asociado con mayor índice de recurrencias, reacciones adversas (fracturas vertebrales) y hospitalizaciones asociadas a la enfermedad en particular a dosis altas por lo que debe limitarse a pacientes con enfermedades del tejido conectivo, autoinmune y en caso de contraindicación o intolerancia a AINE's; ante su uso se recomienda dar suplemento de calcio 1500 mg/día, vitamina D 800 UI /día y bifosfonatos en tratamientos a largo plazo con prednisona a dosis $>5\text{mg/día}$ o equivalentes para prevenir eventos adversos.

7. Tratamiento Invasivo y Quirúrgico

La pericardiocentesis tiene utilidad tanto diagnóstica como terapéutica, guiada por ecocardiografía es más segura y puede ser realizada en la cama del paciente, sus indicaciones son: pacientes con derrame sintomático y evidencia de taponamiento cardíaco, alta sospecha etiológica y el diagnóstico no se pueda realizar por otro medio (origen neoplásico, tuberculoso o purulento), derrame pericárdico moderado a severo sin compromiso hemodinámico y sin respuesta al tratamiento médico. Sus contraindicaciones son: alteraciones anatómicas de la pared torácica o su contenido, infección en la piel cerca o en el sitio de punción, trastornos de la coagulación, derrame pericárdico de localización posterior o encapsulados, derrames anteriores escasos (por riesgo de perforación ventricular), disección aórtica con apertura a pericardio. En presencia de pacientes inestables con taponamiento cardíaco no hay contraindicaciones absolutas para la pericardiocentesis.

La biopsia pericárdica y pericardioscopía debe realizarse en centros especializados, sus indicaciones son: liberación de taponamiento cardíaco, sospecha de pericarditis bacteriana o tuberculosa, empeoramiento de la pericarditis (a pesar de la terapia médica) sin diagnóstico específico.

La pericardiectomía es el único tratamiento en caso de constricción permanente del pericardio, tiene una mortalidad del 6-12%. La ventana pericárdica es una opción menos invasiva, que se recomienda realizar en derrames recurrentes de etiología neoplásica.

8. Complicaciones de la Pericarditis Aguda

Las complicaciones de la Pericarditis aguda son: pericarditis recurrente, derrame pericárdico con o sin taponamiento cardíaco y pericarditis constrictiva.

La **pericarditis recurrente** se caracteriza por la recurrencia de los signos y síntomas de pericarditis aguda (dolor precordial, frote pericárdico, elevación cóncavo del ST y derrame pericárdico), aparece entre el 15-30% de los pacientes, en su mayor proporción en los no tratados con colchicina en la fase inicial, usualmente la recurrencia se presenta dentro de los primeros 18 meses.

La etiología más frecuente de la pericarditis recurrente: Idiopática o viral por varios mecanismos (infección crónica, reinfección, nueva infección viral) y Post- infarto, tras cirugía cardíaca y secundaria a lupus eritematoso sistémico y otras patologías autoinmunes.

Los predictores de recurrencia pobre respuesta a aspirina u otros AINE's y uso de glucocorticoides. El tratamiento es con aspirina u otro AINE asociado a colchicina, los glucocorticoides del tipo prednisona solo deben ser utilizados en falla al uso de AINE's y colchicina, enfermedad reumatológica, etiología autoinmune, intolerancia o contraindicación a aspirina o AINE's, en pacientes que no toleran la prednisona se recomienda el uso de azatioprina.

En pericarditis recurrente se recomienda como primera elección prescribir el AINE que fue utilizado en el primer evento de pericarditis si es que este tuvo un buen resultado. La pericardiectomía está indicada en recurrencias frecuentes y sintomáticas resistentes al manejo médico.

La pericarditis constrictiva es un síndrome caracterizado por la existencia de un pericardio engrosado, rígido, y en ocasiones calcificado, que produce dificultad en el llenado de todas las cámaras cardíacas, típicamente es crónica, pero en sus variantes incluyen subaguda, transitoria y constricción oculta. Menos del 1% de las pericarditis agudas virales evolucionan a la forma constrictiva, mientras que en la pericarditis tuberculosa y purulenta hasta en un 40%. Típicamente se presenta con una o las dos siguientes características clínicas: Síntomas de insuficiencia cardíaca relacionados a congestión de cavidades derecha, variando desde el edema periférico hasta la anasarca y síntomas relacionados a la disminución del gasto cardíaco en respuesta a la actividad física, tales como fatiga y disnea.

La elevación de la presión venosa yugular en el examen físico es el signo más frecuente. Otros signos importantes pero menos comunes son: Pulso paradójico (descenso de la presión arterial mayor de 10 mmHg durante la inspiración), presente en menos del 20% de los pacientes, signo de Kussmaul (ausencia del descenso inspiratorio de la presión venosa yugular), presente en un 13 a 21% de los pacientes, "Knock" pericárdico (ruido cardíaco acentuado que ocurre un poco antes que un S3 y que puede ser audible y raramente palpable), presente hasta en 47% de los casos, edema, ascitis, caquexia cardíaca y hepatomegalia pulsátil (como parte del síndrome de hepatopatía congestiva) y el derrame pleural son hallazgos comunes en pericarditis constrictivas más severas.

Electrocardiográficamente se pueden observar cambios inespecíficos del ST y onda T, taquicardia y bajo voltaje. En la radiografía de tórax se puede apreciar calcificación pericárdica, sin embargo su ausencia no excluye el diagnóstico. Las alteraciones ecocardiográficas se muestran en el **Anexo 2**. Por TAC los hallazgos incluyen: engrosamiento pericárdico >4mm 72%, calcificación pericárdica 25%, dilatación de la vena cava inferior, deformación del contorno ventricular, angulación del septum interventricular. La RM es superior a la TAC para diferenciar pequeñas cantidades de derrame del engrosamiento pericárdico, así como para identificar inflamación y adherencias miocardioepicárdicas. Se recomienda la realización de cateterismo cardiaco y evaluación hemodinámica invasiva en paciente con ecocardiograma no concluyente y en aquellos en quienes se requiere definir la anatomía coronaria previa a la pericardiectomía.

Los principales hallazgos por **cateterismo cardiaco** incluyen: Incremento de la presión atrial derecha (hasta 21mmHg), descenso “x” y “y” prominentes en los trazos de presión auricular, durante la inspiración la presión venosa central no disminuye ó incluso aumenta (signo de Kussmaull), aumento de la presión telediastólica del ventrículo derecho, signo de la raíz cuadrada (77% de los casos), en las curvas de presión ventricular (dip-Plateau) que refleja una fase de llenado rápido muy temprana seguida de una falta de llenado por rigidez ventricular durante la meso y telediástole, caída de la presión capilar en cuña en comparación a la presión telediastólica del ventrículo izquierdo durante la inspiración, variación con la respiración de la relación de presión entre ventrículo derecho e izquierdo en el 44% de los casos, durante la monitorización hemodinámica invasiva se igualan las presiones diastólicas de ambos ventrículos debido al pericardio rígido y no complaciente, (81% de los casos).

Pacientes con diagnóstico reciente de pericarditis constrictiva y hemodinámicamente estable y sin evidencia de constricción crónica se recomienda manejo conservador. En pacientes sintomáticos la pericardiectomía es la opción definitiva de tratamiento.

9. Seguimiento

Se recomienda el seguimiento clínico cada 7-10 días para los casos de pericarditis aguda no complicados para evaluar la respuesta clínica al tratamiento, deberá sostenerse hasta la remisión completa de la sintomatología y la normalización de la cuenta leucocitaria y PCR, en caso de evolución desfavorable además deberá realizarse ecocardiograma.

Se recomienda la determinación a los 30 días de inicio del tratamiento niveles de leucocitos y PCR para definir respuesta al tratamiento farmacológico. Posteriormente solo solicitarlos si hay recurrencia de sintomatología. De igual manera, la realización de ecocardiograma para vigilar la función ventricular, movilidad parietal y dimensiones ventriculares al 1ro, 6to y 12vo mes en los casos de miopericarditis, pericarditis recurrente y pericarditis complicada.

En pacientes con miopericarditis o pericarditis recurrente se recomienda la restricción de actividad física por 4-6 semanas e iniciar programa de rehabilitación cardíaca solo si el enfermo esta asintomático y con normalización del ECG, marcadores de inflamación y ecocardiograma.

En el postquirúrgico inmediato de pericardiectomía se recomienda la realización de inspirometría incentiva como medida inicial de rehabilitación cardíaca e incorporación temprana a programa de ejercicio ligero.

10. Pronóstico

La pericarditis aguda viral o idiopática típicamente tiene un curso breve y pronóstico benigno después del tratamiento con fármacos antiinflamatorios, los pacientes que no respondan al tratamiento con aspirina tienen mayor riesgo de complicaciones. La mortalidad en los pacientes con pericarditis bacteriana que no reciben tratamiento es del 40% debido a taponamiento cardíaco, sepsis y constricción, en caso de pericarditis tuberculosa la mortalidad asciende al 85%. En pacientes que presentan derrame pericárdico severo asintomático un tercio desarrollan taponamiento cardíaco de forma inesperada, incrementando la mortalidad.

11. Criterios de Referencia y Contrareferencia

Todo paciente con dolor torácico y sospecha de pericarditis en primer nivel de atención deberá ser referido a hospital de segundo nivel para su valoración y atención oportuna.

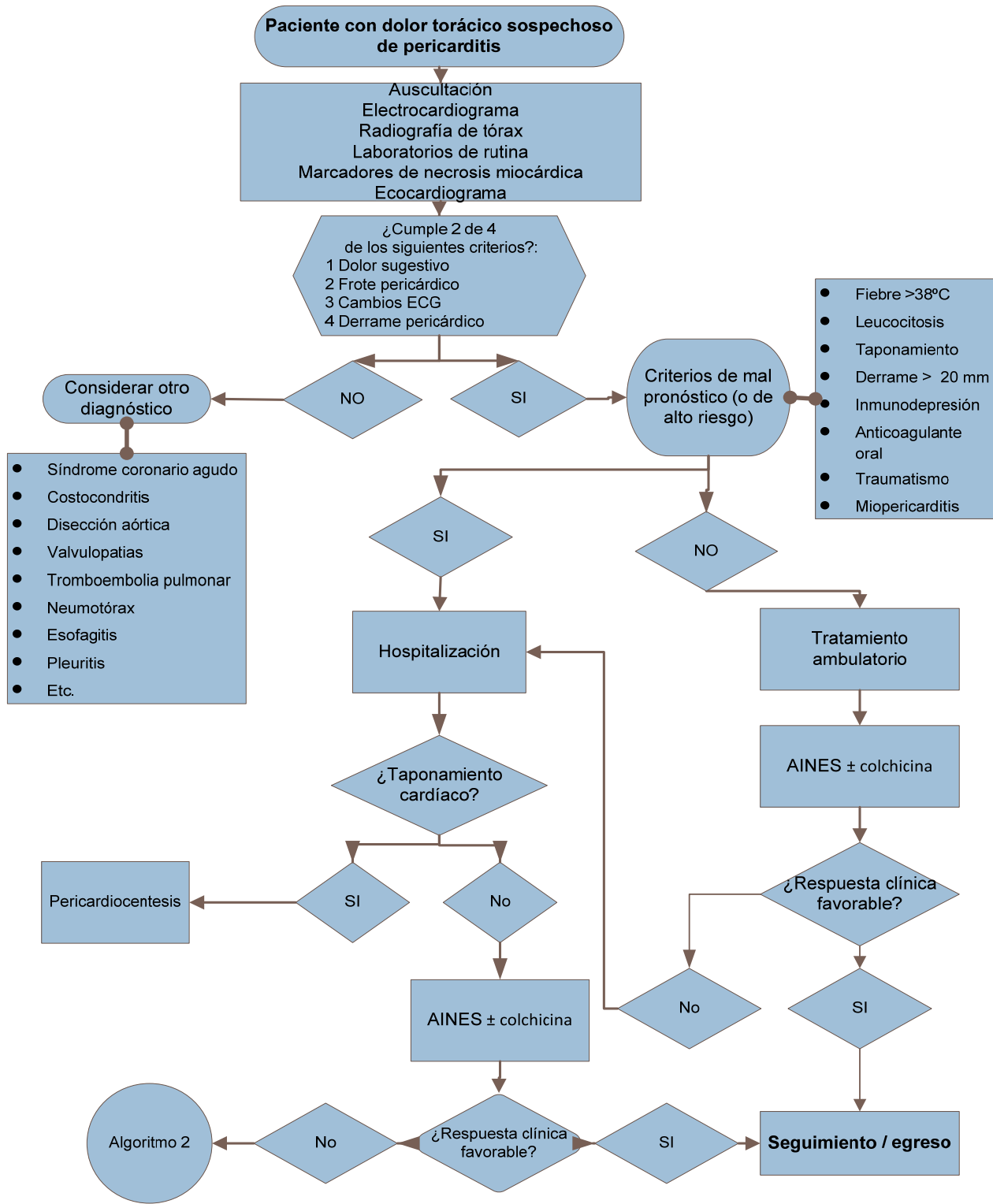
Los pacientes con pericarditis sin respuesta al tratamiento inicial con AINE's +/- colchicina o con complicaciones de pericarditis (constrictiva, derrame pericárdico persistente, taponamiento cardíaco), deberán referirse a hospital de tercer nivel para complementación diagnóstica y tratamiento definitivo. El taponamiento cardíaco por tratarse de una urgencia que pone en peligro la vida deberá atenderse en el hospital donde se detecte y tenga el personal adiestrado para realizar una pericardiocentesis.

Se recomienda enviar del 3er al 2do nivel de atención una vez concluido satisfactoriamente el tratamiento farmacológico y/o quirúrgico de las complicaciones de la pericarditis. Se recomienda contrarreferir del 3er o 2do nivel de atención según sea el caso, al 1er nivel de atención a todo paciente asintomático, con cuenta leucocitaria y PCR normal.

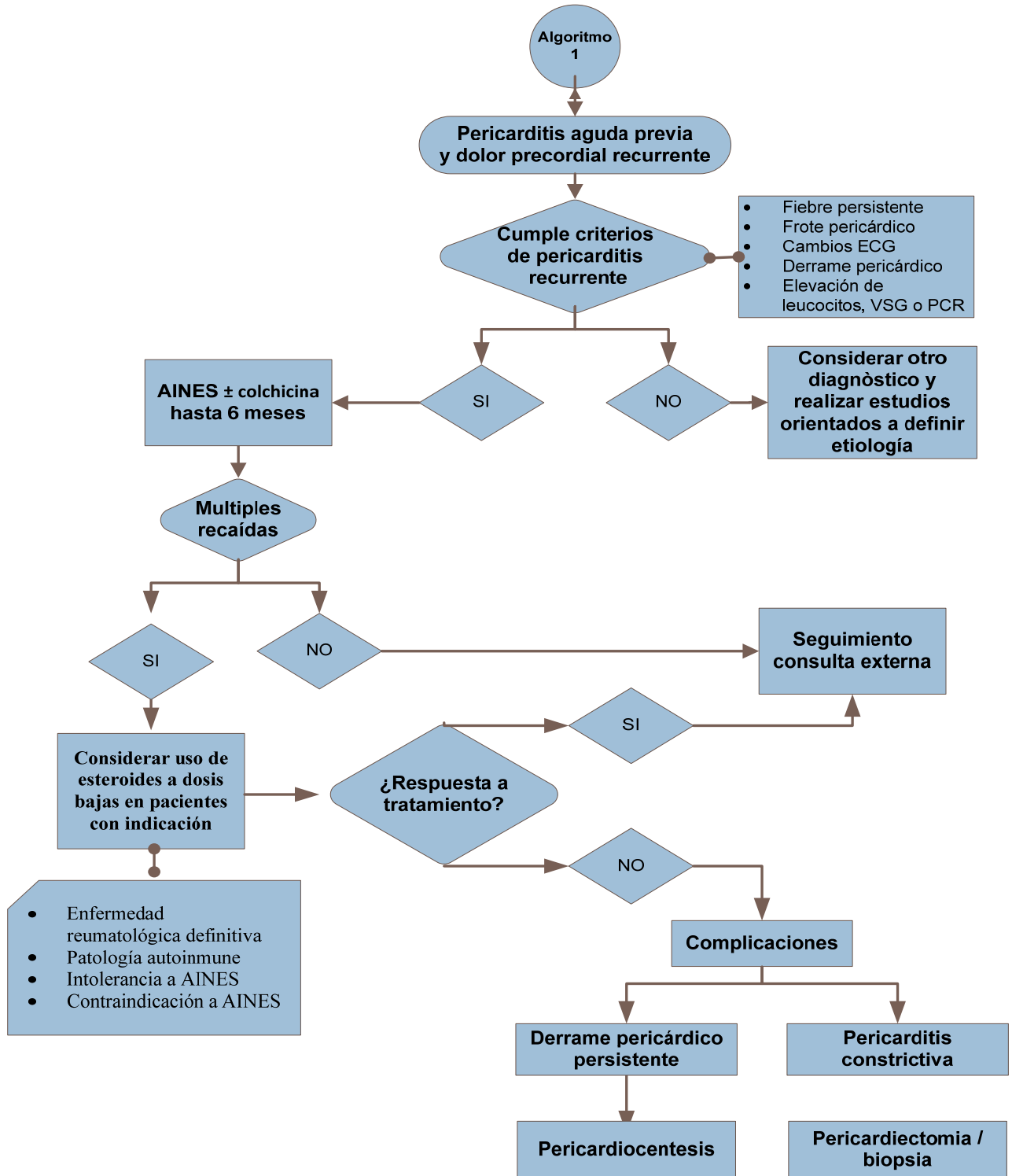
Se recomienda realizar ETT de control a todos los pacientes con diagnóstico de pericarditis recurrente o miopericarditis a 1, 6 y 12 meses, por lo que el médico de primer nivel referirá al paciente para su realización.

ALGORITMOS

ALGORITMO 1. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PERICARDITIS



ALGORITMO 2. TRATAMIENTO DE LA PERICARDITIS RECURRENTE Y SUS COMPLICACIONES



ANEXOS

Anexo 1. Etiología de la Pericarditis

Etiología	Incidencia %	Etiología	Incidencia %
Pericarditis infecciosa		Procesos autoinmunes (reacción autoinmune tipo 2)	
Viral (Coxsackie A9, B1-4, Echovirus 8, paperas, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, sarampión, VIH, parvovirus B19, etc.)	30 - 50	Fiebre reumática	20-50
Bacteriana (neumococo, meningococo, gonococo, Haemophilus, Treponema pallidum, borreliosis, Chlamydia, tuberculosis, etc.)	5-10	Síndrome pospericardiotomía	20
Fúngica (Candida, Hystoplasma)	infrecuente	Síndrome postinfarto de miocardio (Dressler)	1-5
Parásitos (Entamoeba histolitica, Echinococcus, Toxoplasma...)	Infrecuente	Pericarditis autorreactiva (crónica)	23
Pericarditis de las enfermedades autoinmunes sistémicas		Pericarditis en enfermedades metabólicas	
Lupus eritematoso sistémico	30	Insuficiencia renal	Frecuente
Artritis reumatoide	30	Mixedema	30
Esclerosis sistémica	>50	Enfermedad de Addison	Infrecuente
Dermatomiositis	Infrecuente	Cetoacidosis diabética	Infrecuente
Síndrome de Reiter	2	Pericarditis por colesterol	Muy rara
Fiebre mediterránea familiar	0.7	Embarazo	Infrecuente
Pericarditis y derrame secundario en afecciones de los órganos vecinos		Enfermedades neoplásicas	
Infarto agudo de miocardio (pericarditis epistenocárdica)	5-20	Tumores secundarios	Frecuente
Miocarditis	30	Pulmón	40
Aneurismas de aorta	Infrecuente	Mama	22
Infarto pulmonar	Infrecuente	Estómago o colon	3
Neumonía	Infrecuente	Otros carcinomas	6
Enfermedades del esófago	Infrecuente	Leucemias y linfomas	15
Hidropericardio en insuficiencia cardíaca	Infrecuente	Melanoma	3
Causas Idiopáticas	>50	Sarcoma	4

Anexo 2. Hallazgos Ecocardiográficos en Pericarditis

Hallazgos ecocardiográficos en Pericarditis
Pericarditis aguda
Normal
Derrame pericárdico
Hallazgos relacionados con factores contribuyentes
Pericarditis constrictiva
Modo M/2D: Engrosamiento pericárdico +/- calcificación
Derrame pericárdico +/- incremento en la ecogenicidad , filamentos
Crecimiento auricular derecho e izquierdo con apariencia normal de ambos ventrículos y de la función sistólica
Ondas aplanadas en la pared posterior del Ventrículo izquierdo
Diámetros del ventrículo izquierdo no aumenta tras la fase de llenado rápido ventricular
Movimiento septal anormal (Fenómeno Dip-plateau)
Doppler: Restricción del llenado de ambos ventrículos con variaciones respiratorias > 25% en el flujo a través de las válvulas auriculoventriculares
Tamponamiento cardiaco
Derrame pericárdico
Colapso diastólico de: . Pared libre anterior del ventrículo derecho . Colapso de aurícula derecha . Colapso de aurícula izquierda . Colapso de la pared libre del ventrículo izquierdo
Incremento del grosor diastólico de la pared del ventrículo izquierdo (pseudohipertrofia)
Dilatación de la vena cava inferior y de las hepática con restricción de las variaciones respiratorias.
Doppler incremento del flujo tricuspídeo y decremento del flujo mitral durante la inspiración (en la espiración es lo contrario)
Flujo sistólico y diastólico de las venas sistémicas está reducido en la espiración y aumentado el flujo reverso con la contracción auricular.
Doppler modo M-color: Grandes fluctuaciones en los flujos mitral/tricuspídeo

Anexo 3. Tratamiento Farmacológico de la Pericarditis

Tratamiento farmacológico para pericarditis y régimen de reducción				
Fármaco	Dosis de ataque	Tiempo para dosis de ataque	Dosis de mantenimiento	Dosis de reducción (cada 1-2 semanas)*
Acido Acetilsalicílico	750 – 1000 mg c/8 hr. (2-4 gr/dl)	Inicial: 1-2 semanas Recurrente: 2-4 semanas	Misma dosis 2-4 semanas	750-1000 mg c/12 hr y después c/24 hr
Ibuprofeno	600 mg c/8 hr (1600-3200 mg)	Inicial: 1-2 semanas Recurrente: 2-4 semanas	Misma dosis 2-4 semanas	600 mg c/12 hr o 400 mg C/8 hr y después 600 mg c/24 hr
Indometacina	50 mg c/12 hr (75 – 150 mg)	Inicial: 1-2 semanas Recurrente: 2-4 semanas	Misma dosis 2-4 semanas	Reducir 25 mg al día
Nimesulida	200 mg c/ 24 hr	Inicial:1-2 semanas Recurrente: 2-4 semanas	Misma dosis 2-4 semanas	100-200 mg c/24 hr
Prednisona	0.2-0.5 mg/kg/día	Inicial: 1-2 semanas Recurrente: 2-4 semanas	Misma dosis 2-4 semanas	50mg: 10mg/24 hr 25-50mg: 5-10mg c/24hr 15-25 mg: 2.5 mg c/24 hr < 15 mg: 1-2.5 mg c/24hr
Colchicina	No es necesaria	---	0.5mg c/12hr (0.5mg c/24hr en <70 kg) por 3 meses Recurrente: 6 meses	Opcional en casos graves de pericarditis recurrente