

6. DOENÇAS INFECCIOSAS

6.1 ENDOCARDITE INFECCIOSA

• Classificação e definições de endocardite infecciosa (EI)

De acordo com a localização da infecção e presença/ausência de material intra-cardíaco

- EI em válvula nativa do coração esquerdo
- EI em prótese valvular do coração esquerdo
 - EPV precoce: < 1 ano após cirurgia valvular
 - EPV tardia: > 1 ano após cirurgia valvular
- EI no coração direito
- EI relacionada com dispositivos (pacemaker permanente ou desfibrilhador-cardioversor)

EI de acordo com o modo de contágio

- Associada à prestação de cuidados de saúde:
- Nosocomial
 - EI em doente hospitalizado > 48 horas antes do aparecimento de sinais/sintomas atribuíveis a EI
- Não nosocomial
 - Aparecimento de sinais ou sintomas de EI num período < 48 horas após hospitalização de doente em contato com cuidados de saúde definidos como:
Serviços de enfermagem ou terapêutica intravenosa domiciliária, hemodiálise ou quimioterapia intravenosa < 30 dias antes do aparecimento da EI;
Admitido no hospital num período < 90 dias antes do início da EI;
Residente em casa de saúde ou estabelecimento de prestação de cuidados a longo prazo.
- EI da Comunidade
 - Sinais e sintomas de EI num período < 48 horas após admissão de doente não cumprindo os critérios para infecção associada aos cuidados de saúde
- EI associada a toxicodependência por via intravenosa
 - EI num toxicodependente, por via intravenosa sem fonte de infecção alternativa

El ativa

- El com febre e hemoculturas persistentes ou
- Morfologia inflamatória ativa encontrada na cirurgia ou
- Doente ainda sob terapêutica antibiótica ou
- Evidência histopatológica de El ativa

Recorrência

- | | |
|---------------|---|
| • Recaída | - Episódios repetidos de El causada pelo mesmo microorganismo < 6 meses após episódio inicial |
| • Re-infecção | - Infecção por microorganismo diferente
Episódios repetidos de El causada pelo mesmo organismo > 6 meses após episódio inicial |

• Profilaxia antibiótica**Doentes com alto risco para El**

1. Prótese Valvular ou material protésico usado em reparação cirúrgica de válvula cardíaca
2. Endocardite infecciosa prévia
3. Doença cardíaca congénita
 - Cardiopatia cianótica complexa congénita sem reparação cirúrgica/ com defeito residual
 - Cardiopatia congénita com correcção cirúrgica com material protésico < 6 meses
 - Defeito residual persistente após implantação de material protésico (via cirúrgica ou percutânea)

A profilaxia deve ser limitada aos doentes com maior risco de El que se submetem a procedimentos dentários nos quais há intervenção cirúrgica ao nível da gengiva, região periapical do dente e/ou perfuração da mucosa oral. Como tal não está recomendada profilaxia para os restantes procedimentos dentários, respiratórios, gastro-intestinais, génito-urinários, dermatológicos ou músculo-esqueléticos, a não ser que haja manipulação de tecidos infectados.

Profilaxia recomendada nos doentes de alto risco para El submetidos a procedimentos dentários com maior risco de bacteriemia

Sem alergia à penicilina	Amoxicilina ou Ampicilina ₍₁₎ - 2 g po ou ev 30-60 min. antes
Alergia à penicilina	Clindamicina - 600 mg po ou ev 30-60 min. antes

(1) Em alternativa pode ser utilizada cefazolina ou ceftriaxona 1g nos adultos.

Procedimentos invasivos em que se recomenda profilaxia de EI nos doentes de alto risco

Tipo	Procedimentos	Antibioterapia
Respiratório	Só se realizado no tratamento de infecção estabelecida (ex: drenagem de abscesso)	- Penicilina anti-Staphylococcus ou Cefalosporina - Vancomicina se alergia aos β -lactâmicos ou suspeita de MRSA
Gastro-intestinal Génito-urinário	Só se infecção estabelecida ou AB administrada para prevenção de sépsis ou infecção da cicatriz	- Ampicilina, amoxicilina - Vancomicina se alergia aos β -lactâmicos
Dermatológico Músculo-esquelético	Só se envolver tecido infectado (ex: abscesso)	- Penicilina anti-Staphylococcus ou Cefalosporina - Vancomicina ou Clindamicina se alergia aos β -lactâmicos ou suspeita de MRSA
Cirurgia cardíaca ou vascular	Iniciar antes da cirurgia e prolongar até às 48 horas após a mesma	- Amoxicilina/ampicilina ou Cefazolina/Ceftriaxona - Vancomicina se alergia aos β -lactâmicos

• Manifestações clínicas

- Febre
- Sépsis de etiologia desconhecida
- Sopro de novo
- Eventos embólicos de etiologia desconhecida (lesões de Janeway, nódulos de Osler e manchas de Roth)
- História pregressa: material protésico intracardiaco (prótese valvular, CDI, pacemaker.); história prévia de EI/ doença cardíaca/ doença valvular congénita; ICC; alteração da condução elétrica de novo; hemoculturas positivas para agentes de EI ou serologia positiva para febre Q crónica; eventos vasculares ou imunológicos; alterações neurológicas; embolia/infiltração pulmonar; intervenção recente associada a bacteriémia, doente imunocomprometido, abscessos periféricos, doentes hemodialisados e hábitos toxicómanos.

• Diagnóstico

- Hemoculturas (HC) - três colheitas (2 para aeróbios e 1 anaeróbios). Não é necessário ser em pico febril. Evitar colheita de acessos centrais.
- Ecocardiograma transtorácico e/ou transesofágico
- Critérios de Duke modificados :
 - Diagnóstico definitivo: 2 critérios maior ou 1 critério maior + 3 menor ou 5 critérios menor; Patologia clínica: isolamento de microorganismo em cultura/histologia da vegetação/abcesso intracardíaco
 - Diagnóstico possível: 1 critério maior + 1 menor ou 3 critérios menor

Critérios de Duke Modificados		
	Critérios Major	Critérios Minor
Microbiológicos	2 HC positivas para agente típico: <ul style="list-style-type: none"> - S. viridans; S. bovis; HACEK⁽²⁾; S. aureus - Enterococcus adquirido na comunidade, sem foco primário ou	Predisposição: <ul style="list-style-type: none"> - Situação cardíaca predisponente - Uso de drogas injetáveis
		Febre (Tt \geq 38°C)
	HC persistentemente positivas para agente compatível com EI em: <ul style="list-style-type: none"> - Pelo menos 2 HC positivas colhidas com > 12 horas de intervalo - 3 ou a maioria de \geq 4 hemoculturas colhidas com mais de 1 hora de intervalo entre a primeira e a última ou	Fenômenos Vasculares <ul style="list-style-type: none"> - Embolia arterial maior, enfarte pulmonar séptico, aneurisma micótico, hemorragia intracraniana, lesões de Janeway, hemorragia conjuntival
	Uma HC com Coxiella burnetii ou IgG fase I \rightarrow 1:800	Fenômenos imunológicos <ul style="list-style-type: none"> - Glomerulonefrite, nódulos de Osler, manchas de Roth, factor reumatoide
	Evidência de envolvimento cardíaco: <ul style="list-style-type: none"> - Ecocardiograma: vegetação, abcesso ou deiscência de novo numa válvula nativa ou prótese valvular - Regurgitação valvular de novo 	Microbiológico <ul style="list-style-type: none"> - Hemocultura positiva sem critérios maior ou evidência serológica de infecção ativa por microorganismo típico
(2) HACEK - Haemophilus aphrophilus; Actinobacillus actinomycetemcomitans; Cardiobacterium hominis; Eikenella corrodens e Kingella kingae		

• Tratamento

Antibiótico		Posologia	Duração
Válvulas nativas e próteses com \geq 1 ano			
- Penicilina G , ou		- 24 milhões UI de 6/6horas	4-6 semanas
- Ceftriaxone, ou		- 2 g/dia	4-6 semanas
- Ampicilina + sulbactam		- 12 g/dia em 4 doses	4-6 semanas
+			
- Gentamicina		- 3 mg/Kg em 2-3 doses	2 semanas
Alergia aos β -lactâmicos	Vancomicina	- 15-20 mg/Kg/dose - em 2-3 doses (não exceder os 2g por dose)	4-6 semanas
	+		
	Gentamicina	- 3 mg/Kg em 2-3 doses	2 semanas
Prótese com < 1 ano			
Vancomicina		- 15-20 mg/Kg/dia EV em 2-3 doses	6 semanas
+			
Gentamicina		- 3 mg/Kg EV ou IM em 2 ou 3 doses	2 semanas
+			
Rifampicina		- 900 mg/dia IV ou IM em 3 doses	6 semanas