



Nesta secção comentam-se POEMs editados em várias publicações. O termo POEM refere-se a '*Patient-Oriented Evidence that Matters*', ou seja 'Evidência que Interessa, Orientada para o Paciente'; são elaborados a partir de estudos de metodologia robusta, sobretudo aleatorizados, meta-análises, revisões sistemáticas e normas de orientação clínica (NOC's) validadas, com resultados ('*outcomes*') orientados para o paciente. Para informação adicional, consulte o número de Novembro/Dezembro de 2005.¹

Para a leitura correcta e simples dos POEMs, a RPCG publicou no número de Maio/Junho de 2006 um glossário de termos e níveis de evidência que é um auxiliar para a compreensão da taxonomia de graduação de evidência (LOE) que é aplicada na apresentação das conclusões de cada POEM.²

As propostas de texto ou de colaboração para esta secção deverão ser enviadas para o endereço poems.rpcg@gmail.com.

1. Sanchez JP. Simplesmente POEMs. Rev Port Clin Geral 2005; 21: 631-4.

2. Mateus A, Sanchez JP. POEMs: glossário e níveis de evidência. Rev Port Clin Geral 2006; 22: 400-4.

DEIXAR DE FAZER PROFILAXIA PARA A ENDOCARDITE?

Comentário ao POEM: Quem deve receber profilaxia para a endocardite infecciosa? Disponível em: <http://www.infoPOEMs.com> [acedido em 21/10/08].

Referência: Nishimura RA, Carabello BA, Faxon DP, Freed MD, Lytle BW, O'Gara PT, et al. ACC/AHA 2008 guideline update on valvular heart disease: Focused update on infective endocarditis: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. J A Coll Cardiol 2008 Aug 19; 52 (8): 676-85.

Questão clínica:

Quem deve receber profilaxia para a endocardite infecciosa?

A endocardite infecciosa é uma doença grave associada com morbilidade e mortalidade significativas. A sua prevenção através da apropriada administração de antibióticos antes de um procedimento esperado de produzir bacteriemia merece considerações especiais. Estudos experimentais sugeriram que o dano endotelial conduz à deposição plaquetária e de fibrina e à formação de lesões endocárdicas não bacterianas tromboticas. Na presença de

bacteriemia, os organismos podem aderir a essas lesões e multiplicar-se no complexo plaqueta-fibrina, resultando numa vegetação infecciosa. Anormalidades valvulares e congénitas podem resultar na predisposição à colonização bacteriana.

Desenho do estudo

Os autores, elementos da *American College of Cardiology* e *American Heart Association*, pretendiam esclarecer a importância da profilaxia na prevenção da endocardite em doentes de alto risco, de modo a estabelecer recomendações. Estes efectuaram uma revisão sistemática sobre intervenções causadoras de bacteriemia e endocardite infecciosa e sobre a susceptibilidade *in vitro* dos organismos mais comuns causadores de endocardite infecciosa. Analisaram resultados de estudos profiláticos de endocardite infecciosa em modelos animais, e estudos retrospectivos como prospectivos de prevenção de endocardite infecciosa. A revisão baseou-se em publicações em língua inglesa (de 1998 a 2006), sendo, posteriormente, actualizada, até Agosto de 2007. Foram incluídos revisões sistemáticas

e estudos intervencionais (aleatorizados e não-aleatorizados).

Como resultado, grandes modificações foram feitas nas recomendações para a profilaxia da endocardite infecciosa. As maiores modificações incluem o seguinte:

- Somente um pequeno número de casos de endocardite infecciosa pode ser prevenido com profilaxia antibiótica para procedimentos dentários, mesmo que essa profilaxia seja 100% efectiva.
- A profilaxia da endocardite infecciosa para procedimentos dentários é razoável apenas para doentes com condições cardíacas subjacentes associadas, com maior risco de efeitos adversos da endocardite infecciosa (evidência B).
- Para os doentes com condições cardíacas subjacentes, a profilaxia é razoável apenas para os procedimentos dentários que envolvam manipulação, quer do tecido gengival, quer da região periapical dos dentes ou perfuração da mucosa oral (evidência B).
- Profilaxia não é recomendada somente com base num risco acrescido de adquirir a endocardite in-



fecciosa (evidência B).

- Administração de antibioterapia somente para prevenir a endocardite não é recomendada para doentes que vão efectuar um procedimento gastrointestinal (GI) ou genito-urinário (GU), ou ecografia trans-esofágica (evidência B).

O grupo de doentes de alto risco é, então, o que mais beneficia da profilaxia e este grupo inclui: doentes com válvula protésica cardíaca ou material protésico usado para reparar uma válvula; doentes com um episódio anterior de endocardite infecciosa; doentes com doença cardíaca congénita e doentes transplantados cardíacos com valvulopatia.

Os doentes que não necessitam de profilaxia incluem aqueles que sofreram reparação valvular sem uso de material protésico, doentes com cardiomiopatia hipertrófica com obstrução, e doentes com prolapso da válvula mitral, assim como aqueles que recebem injeções anestésicas de rotina ou efectuam radiografias, e aqueles que têm hemorragias devido a traumatismos do lábio ou da mucosa oral.

Conclusão

A maioria dos doentes que vão ao dentista já não requer profilaxia, o que aumentou em muito a qualidade de vida destes doentes (**LOE=2a**).

As recomendações supracitadas são baseadas nos seguintes aspectos:

- A endocardite infecciosa resulta mais frequentemente da exposição maciça a bactérias associada com actividades diárias do que da bacteriémia causada por um pro-

cedimento dentário, GI ou GU.

- O risco de efeitos adversos associados com os antibióticos excede o benefício (se algum) da profilaxia com terapêutica antibiótica.
- Manter uma boa higiene e saúde oral pode diminuir a incidência de bacteriémia das actividades diárias e é mais importante que a profilaxia antibiótica num procedimento dentário como tentativa de reduzir o risco de endocardite infecciosa.
- Estas recomendações são realizadas com o intuito de ajudar profissionais de saúde nas suas decisões clínicas, mas o objectivo final é aumentar a qualidade dos serviços prestados e servir da melhor forma os interesses do doente.

Ana Isabel Carvalho

Interna de Medicina Geral e Familiar

Centro de Saúde Bonfim/Batalha

Extensão Barão de Nova Sintra, Porto