

O tratamento específico deve ser direcionado pelos dados epidemiológicos.

Tratamento das endocardites com comprometimento de valva nativa de acordo com a epidemiologia e o agente etiológico

EPIDEMIOLOGIA	ETIOLOGIA	ESQUEMA	ALTERNATIVO
Sem uso de drogas ilícitas	<i>Streptococcus viridans</i> 30 a 40% Outros <i>Streptococcus</i> sp 15 a 25% <i>Enterococcus</i> sp 5 a 18% <i>Staphylococcus</i> sp 20 a 35%	Penicilina G cristalina 20 milhões UI/ 24 horas ou Ampicilina 12g/ 24 h IV + Oxacilina 2g de 4 em 4 horas + Gentamicina 1 mg/kg de 8 em 8 horas	Vancomicina 1g de 12 em 12 horas + Gentamicina 1 mg/kg de 8 em 8 horas ou Daptomicina 6 mg/kg IV 24 h
Com uso de drogas ilícitas	<i>Staphylococcus aureus</i>	Vancomicina 1 g de 12 em 12 horas	Vancomicina 1g de 12 em 12 horas ou Daptomicina 6 mg/kg IV 24 h

Tratamento das endocardites com comprometimento de valva protética de acordo com a epidemiologia e o agente etiológico

EPIDEMIOLOGIA	ETIOLOGIA	ESQUEMA	ALTERNATIVO
Precoce (menos de 2 meses de cirurgia)	<i>Staphylococcus aureus</i> e <i>epidermidis</i>	Vancomicina 1 g de 12 em 12 horas + Gentamicina 1 mg/kg de 8 em 8 horas + Rifampicina 600 mg uma vez por dia	Não há
Tardia (mais de 2 meses de cirurgia)	<i>Staphylococcus aureus</i> e <i>epidermidis</i> <i>Streptococcus viridans</i>	Vancomicina 1 g de 12 em 12 horas + Gentamicina 1 mg/kg de 8 em 8 horas + Rifampicina 600 mg uma vez por dia	Não há

Indicações de cirurgia de urgência: ICC grave, abscesso valvar, infecção por *S. Aureus*, deiscência da prótese, organismo resistente, com necessidade de remoção imediata para hospital de referência.

72. ERISPELA

a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO

É uma celulite superficial com envolvimento linfático.
Causada quase sempre pelo Estreptococos do Grupo A.
Está associada a uma porta de entrada pela pele.

b. QUADRO CLÍNICO

Início agudo com febre alta, mal estar geral e náuseas.

Em 1 a 2 dias surge área de eritema, dolorosa e indurada bem demarcada da pele circundante.

Pode ser acompanhada por bolhas e/ou necrose.

A linfangite está frequentemente associada ao quadro.

Ocorre geralmente nas extremidades inferiores.

Diagnóstico clínico.

Leucocitose é comum.

c. CONDUTA EM CASOS NÃO COMPLICADOS

Iniciar tratamento antibiótico por 10 dias em pacientes não complicados com amoxicilina/clavulanato 875/125 mg de 12 em 12 horas ou cefalexina 500 mg de 6 em 6 horas ou azitromicina 500 mg uma vez ao dia.

Administrar sintomáticos (antipiréticos e analgésicos) caso esteja indicado.

Indicar internação em pacientes com diabetes mellitus, evidência de bacteremia e doenças com imunodepressão, devido à necessidade de antibióticos IV.

Iniciar nos casos acima descritos oxacilina 2 g 4 em 4 horas ou cefazolina 1g 8 em 8 horas IV.

73. OSTEOMIELEITE

a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO

Infecção piogênica do osso.

O osso pode ser infectado por via hematogênica ou foco de infecção contíguo.

A forma hematogênica é mais comum em crianças, nos adultos atinge principalmente os corpos vertebrais. Em 90% dos casos é causada pelo *Staphylococcus aureus*.

A disseminação da infecção de um foco contíguo é a forma mais comum em adultos. Os diabéticos e pacientes com insuficiência vascular periférica são propensos a osteomielite.

Os ossos longos são os mais afetados especialmente das extremidades inferiores.

b. QUADRO CLÍNICO

A infecção hematogênica em crianças manifesta-se por início súbito de febre alta, toxicidade, sinais de supuração ao redor do osso afetado (dor e inchaço).

Nos adultos a infecção hematogênica tem um curso mais indolente.