



Cooperação técnica Construindo novos modelos

Mais um ano de trabalho e estamos fechando 2012. Foi um ano bastante produtivo. Mantivemos as atividades regulares do site, o boletim trimestral e as reuniões mensais do Clube de Infectologia. Conseguimos realizar e publicar o livro comemorativo com a história de 30 anos da SIERJ. Tivemos nosso 3º Congresso Regional do RJ, o Infecto Rio 2012. Conseguimos os recursos necessários para realização destes projetos, e seguiremos agora amadurecendo e investindo em novas ideias.

A capacidade associativa de um grupo depende de diversos fatores individuais e coletivos. A diretoria da SIERJ se coloca aberta a receber ideias e propostas, e buscamos permanentemente pensar e agir em prol do grupo. Nesta linha de pensamento, vemos a possibilidade de nos articularmos com colegas e Serviços de Infectologia, em busca de alguma forma de cooperação científica, um novo modelo a ser construído. Esta articulação e cooperação científica pode se dar através de simples divulgação de trabalhos que estejam sendo realizados em um Serviço, seja com objetivo de captar pacientes para projetos ou de divulgar resultados. Talvez, para o futuro, quem sabe possamos chegar a propostas de trabalhos multicêntricos. Temos enorme capacidade de produção e podemos nos organizar e nos associar mais em projetos de interesse comum.

Pensando nesta ideia de novas frentes de trabalho, a diretoria da SIERJ decidiu

criar uma nova função, a de Coordenador Científico. Convidamos a Dra. Cristiane Lamas para desempenhar esta instigante e desafiadora atividade, e tivemos seu feliz aceite. Dra. Cristiane Lamas, muito conhecida e reconhecida por seu profissionalismo e capacidade de trabalho e pesquisa, é infectologista do Instituto Nacional de Cardiologia (INC), pesquisadora principal do ICE (INC), professora adjunta da Unigranrio, infectologista do IPEC, Fiocruz.

Nesta edição do Boletim da SIERJ, temos a publicação de artigo de grande relevância: "Endocardite infecciosa: critérios diagnósticos e epidemiologia". A proposta é fazer uma revisão de endocardite infecciosa, sendo apresentada neste boletim a primeira parte. Em novo número, o boletim publicará uma segunda parte de tratamento. A contribuição para esta publicação é da Dra. Cristiane Lamas.

Em maio de 2013, a SIERJ realizará em conjunto com a Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP-FASE) seu 3º Fórum de Infectologia do Estado do Rio de Janeiro. Será nos dias 17 e 18 de maio, na agradável e moderna área da Faculdade de Medicina de Petrópolis. Fomos muito bem recebidos pelo diretor da faculdade de medicina, Dr. Paulo Cesar Guimarães. O programa científico encontra-se em fase final de organização e em breve será divulgado.

***Uma boa leitura
e Boas Festas a todos!***



Ano 12 – nº 41 / 2012

**BOLETIM
INFORMATIVO**

Sociedade de Infectologia do Estado do Rio de Janeiro - Filial à Sociedade Brasileira de Infectologia

SBI preparando-se para a Copa 2014

A partir de agora, o Comitê Medicina de Viagem do Programa de Educação Continuada (PEC) da Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) estará oferecendo um espaço totalmente dedicado ao aconselhamento de viajantes (nacionais e internacionais) que participarão deste grande momento do nosso país, a Copa do Mundo de 2014, na sua vigésima edição.

Até 2014, serão convidados especialistas/infectologistas do Brasil e de outros países para compartilharem experiências na prevenção de riscos de adoecimentos, segundo a geografia das doenças e outras medidas preventivas relacionadas, assim como serão disponibilizados sites de informações gerais e dicas turísticas das várias regiões do País.

Nossa proposta é colocar a SBI como uma fonte de consulta para todos - especialistas e público em geral - que desejam uma viagem segura, podendo curtir tudo o que o Brasil tem, principalmente a sua estonteante beleza e o seu imenso calor humano, grandes diferenciais no mundo.

Assim, junte-se a nós, enviando material de divulgação das ações das suas Federadas, Cidade e Estado e venha conosco construir bons momentos onde a prevenção de riscos e o controle de infecções serão as bases da qualidade do nosso Brasil.

Vamos em frente.

Sylvia Lemos Hinrichsen
Comitê Medicina de Viagem-SBI



EXPEDIENTE

Boletim Informativo da SIERJ

Jornalista responsável: Juliana Temporal (MTb 19.227)
Projeto gráfico: Julio Leiria, Daniel Meireles
Editoração eletrônica: Selles & Henning Comunicação Integrada
Tiragem: 2.000 exemplares
Periodicidade: trimestral

Sociedade de Infectologia do Estado do Rio de Janeiro - SIERJ
Av. Mem de Sá, 197, Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20.230-150
Tel. (21) 2507-3353 - Fax: (21) 2509-0333
E-mail: sierj@sierj.org.br - Site: www.sierj.org.br

Os artigos publicados neste boletim são de inteira responsabilidade de seus autores, não expressando, necessariamente, a opinião da SIERJ.

Presidente:
Mauro Sergio Treistman
Vice Presidente:
Alberto Chebabo
Secretária-Geral:
Lia Adler Cherman
Primeira-Secretária:
Karla Ronchini
Primeira-Tesoureira:
Valéria Ribeiro Gomes
Segundo-Tesoureiro:
Alberto S. Lemos
Coordenadora de Informática Médica:
Maria Christina Baltar Machay
Coordenadora Científica:
Cristiane Lamas

REGIONAIS DA SIERJ
Coordenador geral:
J. Samuel Kierszenbaum
Metropolitana I:
Jorge Eurico Ribeiro
Abrangência: Angra dos Reis - Belford Roxo - Duque de Caxias - Itaguaí - Japeri - Magé - Mangaratiba - Mesquita - Nilópolis - Nova Iguaçu - Queimados - Rio de Janeiro - São João de Meriti - Seropédica
Metropolitana II:
Ralph Antonio X. Ferreira
Abrangência: Itaboraí - Maricá - Niterói - Rio Bonito - São Gonçalo - Silva Jardim - Tanguá
Serrana:
Délia Celsa Engel
Abrangência: Bom Jardim - Cantagalo Carmo - Cachoeiras de Macacú - Cordeiro - Duas Barras - Guapimirim - Macuco - Nova Friburgo - Petrópolis - Teresópolis - Trajano de Moraes - São José do Vale do Rio Preto - São Sebastião do Alto - Santa Maria Madalena - Sumidouro
Centro-Sul Fluminense:
Lucio Caparelli
Abrangência: Areal - Comendador Levy Gasparian - Engenheiro Paulo de Frontin - Mendes - Miguel Pereira - Paracambi - Paraíba do Sul - Pati de Alfes - Sapucaia - Três Rios - Vassouras
Noroeste Fluminense:
Aloísio Tinoco de Siqueira Filho
Abrangência: Aperibe - Bom Jesus de Itabapoana - Cambuci - Cardoso Moreira - Italva - Itaocara - Itaperuna - Lage do Muriaé - Miracema - Natividade - Porciúncula - Santo Antonio de Pádua - São José de Ubá - Varre-Sai.
Norte Fluminense:
Nélio Artilles Freitas
Abrangência: Campos dos Goytacazes - Conceição de Macabú - Macaé - Quissamã - São Fidélis - São Francisco de Itabapoana - São João da Barra
Baixada Litorânea:
Apparecida Castorina Monteiro dos Santos
Abrangência: Araruama - Armação dos Búzios - Arraial do Cabo - Cabo Frio - Casemiro de Abreu - Iguaba Grande - Rio das Ostras - Saquarema - São Pedro da Aldeia
Médio Paraiba:
Bernardo Calvano
Abrangência: Barra Mansa - Barra do Pirai - Itatiaia - Paraty - Pinheiral - Pirai - Porto Real - Quatis - Resende - Rio Claro - Rio das Flores - Valença - Volta Redonda

infectologista do Instituto Nacional de Cardiologia (INC), pesquisadora principal do ICE (INC), professora adjunta da Unigranrio, infectologista do IPEC, Fiocruz.

Endocardite infecciosa (parte I): critérios diagnósticos e epidemiologia

A endocardite infecciosa (EI) é uma doença grave decorrente da adesão e proliferação de microorganismos na superfície valvar, no endocárdio mural, no septo entre as câmaras, nas cordalhas tendíneas ou em dispositivos intracardíacos (Fowler 2010). Resulta de bacteremia ou fungemia anterior, e os microorganismos mais frequentemente relacionados possuem capacidade intrínseca de adesão às superfícies. Sua lesão característica, a vegetação, é formada por uma massa de plaquetas, fibrina, microcolônias de microorganismos e células inflamatórias. A tríade clássica, estabelecida por William Osler, grande estudioso do assunto, para o diagnóstico de EI é a presença de febre, de sopro cardíaco e de fenômenos embólicos (Osler 1885). Mais recentemente, uma sistematização diagnóstica foi feita, tornando-se consenso entre as publicações que o diagnóstico de EI seja estabelecido segundo critérios definidos, em 1994, pelo serviço de endocardite da Duke

University, EUA (Durack et al 1994). Estes critérios, seguindo o modelo diagnóstico da febre reumática, estabelecem critérios maiores e menores. São critérios maiores critérios microbiológicos e ecocardiográficos, e critérios menores os critérios clínicos, predisposições, manifestações imunológicas e embólicas. No ano de 2000, os critérios foram revisados e modificados (Li et al 2000). Deste modo, pelos critérios modificados de Duke, é considerado como caso confirmado pacientes que tenham 2 critérios maiores ou 1 critério maior e 3 menores. Os critérios estão listados abaixo, de forma adaptada de Li et al, 2000.

1 - CRITÉRIOS MAIORES:

A) Microbiológicos: isolamento de microorganismos típicos de duas amostras isoladas de hemocultura; ou isolamento de microorganismos de hemoculturas persistentemente positivas; ou sorologia positiva para *Coxiella burnetti* (ou títulos de IgG > 1:800).



**“Em 3 anos,
milhares de vidas
salvas”**

**OPERAÇÃO
LEI SECA
COLABORE**

b) Evidência de envolvimento endocárdico: novo sopro de regurgitação, ecocardiograma positivo (vegetação, regurgitação valvar, abscesso perianular ou nova deiscência de valva protética).

2 - CRITÉRIOS MENORES:

a) Predisposição para EI: EI prévia; uso de drogas injetáveis; valva protética; prolapso de valva mitral; cardiopatia congênita cianótica; outras lesões cardíacas que geram fluxo turbulento dentro das câmaras.

b) Febre: temperatura > 38°C.

c) Fenômeno vascular: evento embólico arterial maior, infarto pulmonar séptico, aneurisma micótico, hemorragia intracraniana, hemorragia subconjuntival e lesões de Janeway.

d) Fenômeno imunológico: presença de marcadores sorológicos, glomerulonefrite, nódulos de Osler, manchas de Roth.

e) Achados microbiológicos que não se enquadraram nos critérios maiores.

O quadro clínico de EI pode ser agudo ou subagudo, definindo-se como agudo aquele em que o início dos sinais e sintomas até o diagnóstico ocorre em menos de 2 semanas, e subagudo quando este tempo é de 6 ou

mais semanas (Baddour et al 2005, Habib et al 2009, Gould et al 2012). A diferença na evolução aguda ou subaguda ocorre em função da virulência dos microorganismos causadores da doença. A etiologia mais associada ao quadro agudo é *Staphylococcus aureus*, algumas espécies de estafilococos coagulase-negativos (especialmente *S.lugdunensis*), estreptococos beta-hemolíticos, especialmente os do grupo B (*Streptococcus agalactiae*) e enterococos. A etiologia relacionada aos quadros subagudos são os estreptococos do grupo "viridans", estafilococos coagulase negativos, microorganismos fastidiosos do grupo HACEK, enterococos, *Coxiella burnetii* e *Bartonella* spp (Fowler 2010; Baddour et al 2005, Habib et al 2009, Fournier et al 2010, Gould et al 2012). Estes agentes estão relacionados à aquisição comunitária da EI. Os agentes zoonóticos (febre Q e bartonelas) são os mais frequentemente isolados em casos de EI em que as hemoculturas são negativas, como relatado em publicação com cerca de 1000 casos, em que foram responsáveis por 35 e 14% das EI hemocultura negativas, respectivamente (Fournier et al 2010, Lamas et al 2010). Casos já foram descritos em alguns estudos brasileiros (Siciliano et al 2006, Lamas et al 2007, Lamas et al 2012), sendo expressiva a dispersão principalmente da infecção por *Bartonella* sp demonstrada por estudo de soroprevalência em HIV positivos e doadores de sangue (Lamas et al 2010). Quan-

do a aquisição é hospitalar ou relacionada à assistência à saúde (Habib et al 2009, ANVISA 2011), os microorganismos responsáveis são *S.aureus*, estafilococos coagulase negativos, enterobactérias (principalmente *Enterobacter cloacae*, *Serratia marcescens* e *Klebsiella pneumoniae*), Gram negativos não fermentadores como *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter* sp, e fungos, sobretudo *Candida*, sendo as espécies *albicans*, *parapsilosis* e *tropicalis* as principais implicadas. Nesta situação, a associação com a presença de próteses valvares e dispositivos implantados (marcapassos, cardio-desfibriladores) e semi-implantáveis (catéteres vasculares profundos), além de procedimentos cirúrgicos, trazem variedade de apresentação clínica e evolução dos quadros de EI.

Anteriormente considerada doença rara, a EI tem números crescentes de casos nos últimos anos, devido principalmente à hospitalização dos pacientes (Terpenning et al 1988, Chen et al 1992, Fernandez-Guerrero et al 1995, Lamas & Eykyn 1998, Mahesh et al 2005, Nucifora et al 2007, Martin-Dávila et al 2009, Rivas et al 2009, Murdoch et al 2009, Lomas et al 2010, Francischetto et al 2011, Yew & Murdoch 2012). Série do *International Collaboration on Endocarditis* (Murdoch et al 2009) mostra em 2781 pacientes com EI, de 58 hospitais em 25 países, entre os anos de 2000 e 2005, idade média de 57,9 anos, 72% de EI com acometimento de válvulas nativas, e aquisição hospitalar em 25% dos pacientes. *S.aureus* foi o microorganismo predominante (31%) e as válvulas mais frequentemente acometidas foram a mitral e a aórtica (41 e 37,6%, respectivamente). A letalidade intrahospitalar no estudo foi de 17,7% e eram fatores de risco para morte acometimento de próteses, maior idade, presença de edema pulmonar, infecção por *S.aureus* ou por estafilococo coagulase negativo. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, ainda é elevada a incidência de febre reumática, e a troca de válvulas esquerdas é indicada frequentemente entre os 30 a 40 anos de idade. Temos, então, uma

"Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, ainda é elevada a incidência de febre reumática, e a troca de válvulas esquerdas é indicada frequentemente entre os 30 a 40 anos de idade."

população heterogênea de pacientes adultos sob risco de aquisição de EI, constituída principalmente de reumáticos e portadores de próteses (Fabri Jr et al 2005, Golebiovski et al 2009, Nunes et al 2010, Francischetto et al 2011). Contudo, pacientes com valvas nativas normais podem ser afetados em decurso de hospitalização (Francischetto et al 2011). Há recomendação explícita de se considerar a EI como diagnóstico possível em casos de febre de origem indeterminada em pacientes hospitalizados, procedendo-se com investigação por coleta de hemoculturas e realização de ecocardiograma (Habib et al).

Em suma, EI é uma doença com números crescentes de casos e deve ser pensada sistemática-

mente no diagnóstico diferencial de um paciente febril, seja de origem comunitária ou hospitalar. É doença de alta morbimortalidade trazendo grande impacto tanto ao indivíduo quanto para a sociedade, pelo custo de seu tratamento, e o acometimento predominante em uma população economicamente ativa. A incidência calculada em uma revisão sistemática de 15 estudos populacionais (nos EUA e Europa) foi de 1,4 a 6,2 por 100.000 habitantes por ano (Tleyjeh et al 2007, Yew & Murdoch 2012). Projetando estes números para a população brasileira, teríamos 7200 casos de EI por ano. Contudo, poucas são as publicações de série de casos sobre o assunto no Brasil (Mansur et al 1990 a, 1990 b, Rios-Gonçalves et al 1991, Tiozzi et al 1994, Ruiz Jr et al 2000, Fabri Jr et al 2005, Nunes et al 2010).

Referências bibliográficas:

1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cirurgias com Implantes/Próteses. Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília, 2011.
2. addour LM, Wilson WR, Bayer A, Fowler Jr VG, Bolger AF, Levison ME, et al 2005. Infective Endocarditis Diagnosis, Antimicrobial Therapy, and Management of Complications: A Statement for Healthcare Professionals From the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Councils on Clinical Cardiology, Stroke, and Cardiovascular Surgery and Anesthesia, American Heart Association. *Circulation* 111:394-434.
3. Chen SCA, Dwyer DE, Sorrell TC. A comparison of hospital and community-acquired infective endocarditis. *Am J Cardiol* 1992; 70:1449-1452.
4. Durack DT, Lukes AS, Bright DK. Duke Endocarditis Service. New criteria for diagnosis of infective endocarditis: utilization of specific echocardiographic findings. *Am J Med* 1994;96:200-9.
5. Fabri Jr J, Issa VX, Pomerantzeff PMA, Grinberg M, Barretoo ACP, Mansur AJ. Time-related distribution, risk factors and prognostic influence of embolism in patients with left-sided infective endocarditis. *Int J Cardiol* 2006; 110: 334-9.
6. Fernández-Guerrero ML, Verdejo C, Azofra J, Górgolas M. Hospital-Acquired Infectious Endocarditis Not Associated with Cardiac Surgery: an Emerging Problem. *Clinical Infectious Diseases*. 1995; 20:16-23.
7. Fournier P-E, Thuny F, Richet H, Lepidi H, Casalta JP, Arzouni JP, Maurin M et al. Comprehensive diagnostic strategy for blood culture-negative endocarditis: a prospective study of 819 new cases. *Clin Infect Dis* 2010; 51(2): 131-140.
8. Fowler VG Jr, Scheld WM, Bayer AS. Endocarditis and Intravascular Infections. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 7th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2010; chapt 77.
9. Francischetto O, Almenara Pereira L, Ramos RG, Ferraiuoli GI, Weksler C, Golebiovski W, Lamas C. Endocardite infecciosa hospitalar (EIH) em hospital terciário de referência. A experiência do Instituto Nacional de Cardiologia nos últimos cinco anos. *Arq Bras Cardiol* 2011; 97(3) suppl 1: 18.
10. Golebiovski W, Weksler C, Ferraiuoli G, Ramos RG, Santos MS, Lamas C. Endocardite infecciosa precoce em prótese valvar em hospital terciário de referência em cirurgia cardíaca no período de 2006 a 2009. *BJID* 2009; 13(suppl I): 78.

11. Gould KF et al. Guidelines for the diagnosis and antibiotic treatment of endocarditis in adults: a report of the Working Party of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy. *J Antimicrob Chemother* 2012; 67: 269-289.

12. Habib G, Hoen B, Tornos P, Thuny F, Prendergast B, Vilacosta I, Moreillon P, Antunes MJ, Thilen U, Lekakis J, Lengyel M, Muller L, Naber CK, Nihoyannopoulos P, Moritz A, Zamorano JL. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis new version 2009. *European Heart Journal*. 2009; 30, 2369-2413.

13. Horan TC, Andrus M, Dudeck MA. CDC/NHSN surveillance definition of health-care-associated infection and criteria for specific sites of infections in the acute care setting. *Am J Infect Control* 2008; 36:309-332.

14. Lamas CC, Eykyn SJ. Hospital acquired native valve endocarditis: analysis of 22 cases presenting over 11 years. *Heart*. 1998;79:442-447.

15. Lamas C, Favacho A, Ramos RG, Santos MS, Ferraiuoli GI, Weksler C et al. Bartonella native valve endocarditis: the first Brazilian case alive and well. *Braz J Infect Dis* 2007; 11: 591-4.

16. Lamas CC. Diagnostic strategy for blood culture-negative endocarditis. *Clin Infect Dis*. 2010;51(2):141-2.

17. Lamas C, Mares-Guia MA, Rozenal T, Moreira N, Favacho ARM, Barreira J, Guterres A, M N Bóia, Lemos ERS. Bartonella spp. infection in HIV positive individuals, their pets and ectoparasites in Rio de Janeiro, Brazil: serological and molecular study. *Acta Tropica* 2010; 115:137-141.

18. Lamas CC, Ramos RG, Lopes GQ, Santos MS, Golebiovski WF, Weksler C, Ferraiuoli D'Almeida GI, Fournier PE, Lepidi H, Raoult D. Bartonella and Coxiella infective endocarditis in Brazil: molecular evidence from excised valves from a cardiac surgery referral center in Rio de Janeiro, Brazil: 1998 to 2009. *Int J Infect Dis* 2012.

19. Li JS, Sexton DJ, Mick N, Nettles R, Fowler Jr VG, Ryan T et al. Proposed modifications to the Duke criteria for the diagnosis of infective endocarditis. *Clin Infect Dis*. 2000;30:633-8.

20. Lomas JM, Martínez-Marcos FJ, Plata A, Ivanova R, Gálvez J, Ruiz J, et al. Healthcare-associated infective endocarditis: an undesirable effect of healthcare universalization. *Clin Microbiol Infect* 2010, 16: 1683-1690.

21. Mahesh B, Angelini G, Caputo M et al. Prosthetic valve endocarditis. *Ann Thorac Surg* 2005; 80:1151-8.

22. Mansur AJ, Grinberg M, Gallucci SDD, Bellotti G, Jatene A, Pileggi F. Endocardite infecciosa: análise de 300 episódios. *Arq Bras Cardiol* 1990; 54:13-21.

23. Mansur AJ, Grinberg M, Bellotti G, Jatene A, Pileggi

F. Infective endocarditis in the 1980's: experience at a heart hospital. *Clin Cardiol* 1990; 13: 623-30.

24. Martín-Dávila P, Fortún J, Navas E, Cobo J, Jiménez-Mena M, Moya JL, Moreno S. Nosocomial Endocarditis in a Tertiary Hospital: An Increasing Trend in Native Valve Cases. *Chest*. 2005;128:772-779.

25. Murdoch DR, Coery GR, Hoen B et al, ICE_PCS collaborators. Clinical Presentation, etiology and outcome of infective endocarditis in the 21st century: the International Collaboration on Endocarditis-Pro prospective Cohort Study. *Arch Intern Med* 2009; 169:463-73.

26. Nucifora G, Badano LP, Viale P, Gianfagna P, Allica G, Montanaro D et al. Infective endocarditis in chronic haemodialysis patients: an increasing clinical challenge. *European Heart Journal*. 2007; 28, 2307-2312.

27. Nunes MC, Gelape CL, Ferrari TC. Profile of infective endocarditis at a tertiary care center in Brazil during a seven-year period: prognostic factors and in-hospital outcome. *Int J Infect Dis*. 2010 May;14(5):e394-8.

28. Osler W. "Malignant endocarditis" - Gulstonian Lectures. *Lancet*. 1885;1:415-8.

29. Rios-Gonçalves AJ, Cunha RQ, Rozembaum R et al. Endocardite infecciosa, aneurism micótico, hemorragia subaracnóide e outras lesões neurológicas. *Arq Bras Med* 1991; 65:559-71.

30. Rivas P, Alonso J, Moya J, Górgolas M, Martinell J, Fernández-Guerrero ML. The Impact of Hospital-Acquired Infections on the Microbial Etiology and Prognosis of Late-Onset Prosthetic Valve Endocarditis. *Chest*. 2005;128:764-771.

31. Ruiz Jr E, Schirmbeck T, Figueiredo LTM. Estudo sobre endocardite infecciosa em Ribeirão Preto, SP-Brasil. Análise de casos ocorridos entre 1992 e 1997. *Arq Bras Cardiol* 2000; 74: 217-224.

32. Siciliano RF, Strabelli TM, Zeigler R, Rodrigues C, Castelli JB, Grinberg M et al. Infective endocarditis due to Bartonella spp and Coxiella burnetii: experience at a cardiology hospital in São Paulo, Brazil. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1078:215-22.

33. Terpenning MS, Buggy MP, Kauffman CA. Hospital-Acquired Infective Endocarditis. *Arch Intern Med*. 1988; 148:1601-1603.

34. Tiozzi CLD, Franken RA, Rivetti LA, Brasil SAB. Endocardite infecciosa: análise de 20 casos de óbito na Santa Casa de São Paulo. *Arq Bras Cardiol* 1994; 62: 403-6.

35. Tleyjeh IM, Abdel-Latif A, Rahbi H, et al. A systematic review of population-based studies of infective endocarditis. *Chest* 2007; 132:1025.

36. Yew HS, Murdoch DR. Global trends in infective endocarditis epidemiology. *Curr Infect Dis Rep*. 2012 Aug;14(4):367-72.

III Fórum de Infectologia do Estado Rio de Janeiro

17 e 18 de maio de 2013

Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP-FASE) - RJ



Prezados,

A Diretoria e os membros da Sociedade de Infectologia do Estado do Rio de Janeiro (SIERJ) têm dinamizado as atividades da Sociedade, promovendo reuniões científicas nos municípios do interior e da capital do Estado.

Estamos organizando o Infecto Petrópolis - III Fórum de Infectologia do Estado Rio de Janeiro para os dias 17 e 18 de maio de 2013, na cidade de Petrópolis. O Fórum será realizado em conjunto com a Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP-FASE), onde acontecerá o evento. Para esta edição, esperamos cerca de 400 participantes.

A proposta deste Fórum é discutir assuntos relevantes da especialidade e mostrar os avanços nas áreas de prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias. Teremos como foco os seguintes temas, organizados em conferências e mesas-redondas: Aids, hepatites virais e doenças bacterianas.

Desde já contamos com a participação dos infectologistas do Estado do Rio de Janeiro para prestigiarem mais este evento de educação médica continuada da SIERJ.

Atenciosamente,

Dr. Mauro S. Treistman
Presidente do SIERJ

Dr. Alberto Chebabo
Vice-Presidente da SIERJ