## FATORES DE RISCO PARA MORTALIDADE HOSPITALAR NA ENDOCARDITE INFECCIOSA

Thatyane Veloso de Paula Amaral de Almeida*,
Nícolas de Albuquerque Pereira Feijóo,
Mariana Giorgi Barroso de Carvalho,
Gustavo Campos Monteiro de Castro,
Rafael Quaresma Garrido,
Giovanna Ianini Ferraiuoli Barbosa,
Wilma Félix Golebiovski, Bruno Zappa, Clara Weksler,
Marcelo Goulart Correia, Cristiane da Cruz Lamas

*Instituto Nacional de Cardiologia (INC), Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

**Introdução:** A endocardite infecciosa (EI) está associada a complicações graves e alta mortalidade. A avaliação da mortalidade e fatores associados é importante para identificar fatores modificáveis e melhorar desfechos.

**Objetivos:** Avaliar os desfechos clínicos de pacientes com EI e determinar fatores associados a mortalidade hospitalar.

**Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo de centro único, incluindo pacientes com EI definitiva de acordo com os critérios de Duke modificados, de 2006-2023, usando ficha de coleta de dados padronizada. Foram avaliados comorbidades, apresentação clínica, microbiologia e desfechos durante a internação, e comparados os pacientes que foram a óbito aos que não foram. A análise estatística foi realizada com o software Jamovi e R; $p < 0,05$ foi considerado significativo.

**Resultados:** Foram incluídos 502 pacientes com EI (65,1% do sexo masculino, média de idade de 48,4 ± 17,2 anos) e 123 vieram a óbito, com uma mortalidade hospitalar de 24,9%. Cerca de 80% dos pacientes tinha EI esquerda. Tinham indicação cirúrgica 347; dos que operaram, a mortalidade foi 74/347 (21,3%); 68 tinham indicação cirúrgica e não operaram; destes, 39/68 morreram (mortalidade 57,4%); 51 não tiveram indicação cirúrgica e não operaram; destes, 9/51 morreram (mortalidade 17,6%). Na história pregressa, apresentavam insuficiência cardíaca congestiva (ICC) 50,4% dos que foram a óbito, vs 34,9% ($p = 0,002$), diabetes mellitus (DM) 23,2% vs 12,9% ($p = 0,004$) e insuficiência renal crônica (IRC) 37,6% vs 16,1% ($p < 0,001$). EI de prótese tardia ocorreu em 29,6% vs 16,5% ($p = 0,001$). Hemocultura positiva foi detectada em 75,2% dos que morreram vs 65,2%, ($p = 0,039$). Estreptococos do grupo viridans ocorreram em 12% dos que foram a óbito vs 21,6% ($p = 0,018$) e fungos em 7,2% vs 1,6% ($p = 0,001$). Dentre os que foram a óbito, a EI foi de aquisição nosocomial mais frequentemente (32,8% vs 23,3%, $p = 0,035$) e relacionada a assistência à saúde não-nosocomial (15,2% vs 8,1%; $p = 0,021$). Abscessos, insuficiência renal nova e necessidade de hemodiálise foram as complicações mais frequentes no grupo que foi a óbito, representando 21,8% vs 12,8% ($p = 0,015$), 47,9% vs 27,5% ($p < 0,001$) e 33,3% vs 11,7% ($p < 0,001$), respectivamente.

**Conclusão:** Os fatores associados à mortalidade hospitalar na EI foram comorbidades pregressas (ICC, DM e IRC), endocardite tardia de prótese, etiologia fúngica e associada a assistência à saúde O tratamento cirúrgico diminuiu significativamente o risco de morte.

**Palavras-chave:** Endocardite infecciosa Mortalidade Fatores associados Comorbidades Cirurgia cardíaca

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103169

## FALHA DE TRATAMENTO DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À FRATURA ASSOCIADA AO PERFIL MICROBIOLÓGICO: ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVA

Maria Augusta Moreira Rebouças*,
Daniel Litardi Castorino Pereira,
Isabelle Caroline Frois Brasil, Patrícia Zaideman Charf,
Laís Sales Seriacopi, Carolina Coelho Cunha,
Thomas Stravinskas Durigon, Laura Batista Campos,
Ingrid Nayara Marcelino Santos,
Mariana Neri Lucas Kurihara,
Mayara Muniz de Andrade Silva,
Adriana Macedo Dell Aquila, Mauro José Costa Salles

*Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil*

**Introdução:** A infecção relacionada à fratura (IRF) pode ocorrer em taxas elevadas e a maioria causada por Staphylococcus aureus. Contudo, agentes etiológicos podem variar com a localização anatômica e geográfica, mecanismo de trauma e fatores do hospedeiro, sendo importante determinar os patógenos dominantes locais e suas implicações no desfecho do tratamento clínico e cirúrgico. O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil microbiológico nas IRF e associar a falha do tratamento aos patógenos encontrados.

**Métodos:** Estudo observacional, do tipo coorte prospectiva, em pacientes maiores de 18 anos com IRF, conforme critérios de Metsemakers et al (2017), internados entre 2020 e 2023 em hospital terciário de São Paulo. Falha do tratamento de IRF foi definido como necessidade de reoperação ou reinício da terapia antibiótica para o mesmo patógeno, amputação ou óbito. Proporções das variáveis categóricas foram associadas utilizando o teste qui-quadrado ou exato de Fisher.

**Resultados:** Foram avaliados 65 casos de IRF com diagnóstico microbiológico. A média de idade na população foi 44,41 (± 16,7) anos e 46 pacientes eram do sexo masculino (70,8%). Falha de tratamento ocorreu em 27 (41,5%) casos e 6 (9,2%) perderam seguimento após 6 meses de acompanhamento médio. O microrganismo mais frequente nos casos de falha foi o S. aureus ($n = 9$; 33,3%), K. pneumoniae ($n = 6$; 22,2%), S. epidermidis ($n = 4$; 14,8%), E. coli ($n = 4$; 14,8%) e P. aeruginosa ($n = 4$; 14,8%). Na análise por grupos houve risco maior de falha nas IRF por bacilos gram-negativo (BGN) não fermentadores [Incidência: 52,9% vs. 42,9%; RR: 1,24 (intervalo de confiança (IC)95% = 0,70-2,18)], S. aureus [Incidência: 50,0% vs. 43,9%; RR:1,14 (IC95% = 0,64-2,03)] e BGN fermentadores [Incidência: 50,0% vs. 45,5%; RR: 1,10 (IC95% = 0,40-3,06)]. Houve menor risco de falha no grupo de Staphylococcus coagulase-negativos [Incidência: 41,2% vs. 47,6%; RR: 0,86 (IC95% = 0,45-1,66)]. Em relação à resistência antimicrobiana,