

através do *Triatoma infestans* via Rio Grande do Sul no século XIX, irradiou-se para São Paulo e propagou-se para Minas Gerais, Goiás e Paraná. Essa doença foi descoberta e estudada pelo brasileiro Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas em 1909 e por isso recebeu seu sobrenome. É causada por um protozoário denominado *Trypanosoma cruzi*, que necessita de um hospedeiro para alimentar-se e viver. No ambiente silvestre, ambos convivem. Pode parasitar seres invertebrados, como o barbeiro, animais vertebrados e o homem. O barbeiro torna-se um vetor, a partir do momento em que se desloca em busca de um novo habitat. Ressalta-se que essa não é a única forma de transmissão dessa doença.

Objetivo: Descrever a situação epidemiológica da doença de Chagas no Estado de Goiás de 2010 a 2016.

Metodologia: Levantamento de estudos descritivos dos casos confirmados de doença de Chagas registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), de 1º de janeiro de 2010 a 31 de março de 2016, com taxas de incidência, mortalidade e projeções anuais populacionais calculadas com base nos registros do Sinan e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Processamento e análise de dados feitos por medidas de frequência observada, tendência central e dispersão com os seguintes programas: EpiInfoTM, TabWin e TabNet.

Resultado: Entre 2010 e 2014 foram confirmados, de acordo com o Sinan, dois casos de doença de Chagas congênita. Até março de 2016 foram notificados 1.540 casos da forma crônica da doença de Chagas. No Estado de Goiás há uma média de 750 óbitos anuais decorrentes dessa patologia, dados não publicados.

Discussão/conclusão: Apesar de desde maio de 2013 a doença de Chagas crônica ser de notificação compulsória em todo o Estado de Goiás, nota-se, claramente, que a doença é subnotificada. Mesmo que os óbitos advenham de complicações cardiovasculares ocasionadas pela infecção do *Triatoma infestans*, a média de óbitos ainda se encontra muito abaixo quando comparada com a dos óbitos ocasionados por outras doenças cardiovasculares, como, por exemplo, a insuficiência cardíaca crônica, mesmo que o Estado de Goiás seja caracterizado como área endêmica de doença de Chagas.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.196>

Área: ANTIMICROBIANOS/INFECTOLOGIA CLÍNICA

Sessão: IRAS

EP-135

ANÁLISE DOS EPISÓDIOS DE NEUTROPENIA FEBRIL EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA



Letícia Maria Acioli Marques, Adriana Maria P. Sousa Silva, Priscila C. Pimentel Germano, Ana Paula Cordeiro Lima, Fabianne Carlesse

Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer (Graacc), Instituto de Oncologia Pediátrica

(IOP), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo, SP, Brasil

Data: 19/10/2018 - Sala: TV 7 - Horário: 10:30-10:35 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

Introdução: A neutropenia febril (NF) é uma complicação inerente aos pacientes em tratamento oncológico, apresenta taxas relevantes de morbimortalidade. Diante da incidência e gravidade dos casos de NF, a antibioticoterapia empírica apropriada para o risco infeccioso administrada precocemente tem impacto no prognóstico.

Objetivo: Analisar os episódios de NF em pacientes pediátricos oncológicos quanto à classificação de risco infeccioso e adequação da primeira dose de antimicrobiano, classificação do episódio febril de acordo com o protocolo institucional e a mortalidade.

Metodologia: Estudo retrospectivo feito em hospital de referência em oncologia pediátrica de janeiro de 2017 a junho de 2018, incluídos todos os episódios de NF (neutrófilos < 500 céls/mm³ e T.ax > 37,8°C) ocorridos em paciente de 0-21 anos com neoplasia e/ou submetidos ao transplante de células tronco hematopoiéticas. A classificação de risco constituiu em alto e baixo risco e a classificação clínica é em FOI (febre de origem indeterminada), ICD (infecção clinicamente documentada) e IMD (infecção microbiologicamente documentada). Foi preenchida uma ficha clínica e os dados foram armazenados num banco de dados Excel[®]. Os dados foram apresentados em variáveis com valor absoluto (n) e frequências relativas (%). A mortalidade foi avaliada em 14 dias.

Resultado: Identificados 896 episódios de NF em 421 pacientes. Antibioticoterapia empírica feita de acordo com a classificação de risco e o tempo de administração foi adequada em 63,3% (567/896) dos episódios, que foram classificados como alto risco (AR), 590 (65,9%), e baixo risco (BR), 306 (34,1%). Os episódios de NF foram FOI em 57,8% (518/896) dos casos, ICD em 17,6% (158/896) e IMD em 24,6% (220/896). Na estratificação conforme o risco, observamos: AR – FOI em 51,7% (305/590), ICD em 20% (118/590) e 28,3% (167/590) de IMD; BR – 69,7% (213/306) de FOI, 13% (40/306) de ICD e 17,3% (53/306) de IMD. A mortalidade global associada ao episódio de NF foi de 2,6% (23/896), 3,4% (20/590) de AR e 1% (3/306) de BR.

Discussão/conclusão: A administração do antibiótico conforme risco em até uma hora da febre foi adequada na maioria dos casos, a IMD foi mais importante nos episódios de AR e FOI em 70% nos casos de BR. A mortalidade maior nos episódios de AR é esperada e concorda com a literatura. A estratificação do risco infeccioso dos pacientes NF, a administração do antibiótico adequado o quanto antes tem impacto positivo no desfecho dos casos.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.197>