

AO 17

**TROCA PARA UM REGIME COM 2
MEDICAMENTOS DOLUTEGRAVIR /
LAMIVUDINA (DTG / 3TC) EM DOSE FIXA
COMBINADA É NÃO INFERIOR A CONTINUAR
COM UM REGIME DE 3 MEDICAMENTOS POR
48 SEMANAS EM UM ENSAIO CLÍNICO
RANDOMIZADO (SALSA)**

Josep M. Llibre^a, Carlos Brites^b,
Chien-yu Cheng^c, Olayemi Osiyemi^d,
Carlos Galera^e, Laurent Hocqueloux^f,
Franco Maggiolo^g, Olaf Degen^h, Libby Blairⁱ,
Brian Wynneⁱ, James Oyee^j, Mark Underwoodⁱ,
Lloyd Curtis^j, Gilda Bontempoⁱ,
Jean van Wyk^k, Jucival Fernandes^l

^a Hospital Universitari Germans Trias i Pujol,
Barcelona, Espanha

^b Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador,
BA, Brasil

^c Department of Infectious Diseases, Taoyuan
General Hospital, Ministry of Health and Welfare,
Taoyuan, Taiwan

^d Triple O Research Institute PA, West Palm Beach,
Estados Unidos

^e Hospital Clínico Universitario Virgen de la
Arrixaca, Murcia, Espanha

^f Centre Hospitalier Régional d'Orléans, Orléans,
França

^g ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo, Itália

^h Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
Hamburgo, Alemanha

ⁱ ViiV Healthcare, Research Triangle Park, Estados
Unidos

^j GlaxoSmithKline, Brentford, Reino Unido

^k ViiV Healthcare, Brentford, Reino Unido

^l GlaxoSmithKline, Brasil

A eficácia não inferior a longo prazo do regime de 2 medicamentos foi demonstrada em estudos de 144 semanas em virgens de tratamento e pacientes experimentados com um bom perfil de segurança e uma alta barreira à resistência. Avaliamos a eficácia e segurança da mudança para combinação de dose fixa DTG/3TC em adultos com HIV-1 em uso de qualquer regime antirretroviral (CAR) atual. SALSA é um estudo randomizado, controlado e aberto. Os participantes com RNA de HIV-1 <50 c/mL por > 6 meses em um esquema de 3/4DR sem falha virológica anterior ou mutações associadas à resistência a inibidor da transcriptase reversa de nucleosídeo (NRTI) ou DTG foram randomizados 1:1 (estratificado pela classe de terceiro agente da linha de base) para mudar para DTG/3TC ou continuar CAR por 52 semanas. O desfecho primário foi a proporção de participantes com RNA de HIV-1 plasmático ≥ 50 c/mL na semana 48 (população exposta por intenção de tratamento; falha virológica instantânea). Estimativas e intervalos de confiança foram baseados em análise estratificada usando o teste Cochran-Mantel-Haenszel ajustados para a terceira classe de agente da linha de base. No geral, 493 participantes foram randomizados (59% brancos; 39% mulheres;

39% com idade ≥ 50 anos; 50%/40%/10% com não NRTI/inibidor da integrase/inibidor da protease no início do estudo). DTG/3TC não foi inferior ao CAR contínuo na semana 48 usando análise de falha virológica instantânea (DTG / 3TC, 1/246 [0,4%]; CAR, 3/247 [1,2%]; diferença de tratamento ajustada [IC de 95%], -0,8% [-2,4%, 0,8%]); os resultados foram consistentes com a análise de resposta virológica instantânea (DTG/3TC, 232/246 [94,3%]; CAR, 229/247 [92,7%]; diferença de tratamento ajustada [IC de 95%], 1,6% [-2,8%, 5,9%]). Nenhuma retirada virológica confirmada ou resistência observada ocorreu em nenhum dos grupos. Os resultados gerais de segurança foram comparáveis entre os grupos DTG/3TC e CAR quanto à frequência de quaisquer eventos adversos (AEs; 73% vs 70%), AEs que levam à retirada (2% vs 1%) e AEs graves (3% vs 6%), respectivamente. Conclusão: No SALSA, a mudança para DTG/3TC foi não inferior à continuação da CAR na manutenção da supressão virológica na semana 48, com um perfil de segurança consistente com as bulas de DTG e 3TC. Ao longo de 48 semanas, o esquema com 2DR (DTG/3TC) oferece uma opção de troca com menos drogas antirretrovirais em comparação com 3/4DRs tradicionais, sem aumento do risco de falha virológica ou resistência.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101720>

ÁREA: INFEÇÕES COMUNITÁRIAS (PELE E PARTES MOLES, OSSOS E ARTICULAÇÕES, INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS, ENDOCARDITES, SISTEMA DIGESTÓRIO, INFEÇÕES DO SNC, INFEÇÕES URINÁRIAS, INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, SEPSIS)

AO 18

**ENDOCARDITE INFECCIOSA POR BACTÉRIAS
GRAM-NEGATIVAS NÃO-HACEK: ESTUDO
MULTICÊNTRICO**

Leonardo Paiva de Sousa^a,
Cláudio Querido Fortes^b,
Paulo Vieira Damasco^c,
Giovanna Ianini Ferraiuoli Barbosa^d,
Wilma Felix de Oliveira Golebioviski^d,
Clara Weksler^d, Rafael Quaresma Garrido^d,
Rinaldo Focaccia Siciliano^e, Cristiane Lamas^a

^a Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^c Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

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

^e Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Endocardite infecciosa (EI) permanece como doença com alta morbimortalidade. EI causadas por bactérias não usuais, como bactérias Gram-negativas não-HACEK (BGNNH), têm