

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

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

aumentado, podendo estar associados a formas mais graves da doença. Estudos sugerem que infecções relacionadas aos cuidados de saúde parecem estar associadas à EI causada por BGNNH, incluindo a realização de procedimentos cirúrgicos, como troca valvar cardíaca, a inserção de marca-passo e outros. O objetivo deste estudo é descrever as características clínicas e fatores de risco associados à aquisição de EI por BGNNH. Este estudo prospectivo observacional incluiu pacientes com diagnóstico definitivo de EI através dos critérios modificados de Duke com cultura positiva para BGNNH em 4 hospitais no Brasil entre os anos de 2006 e 2019. Dos 1154 pacientes incluídos, 38 (3,3%) apresentaram EI por BGNNH. A mediana de idade foi de 57 (IIQ 43-69) anos, eram do sexo masculino 25/38 (65,8%) e 32/38 (84,2%) apresentou EI aguda. Os agentes etiológicos mais comuns foram *Pseudomonas aeruginosa* e *Klebsiella* spp. (8 episódios, 21% cada), *Serratia marcescens* (6 episódios, 16%), *Enterobacter* spp. (6 episódios, 16%), *Acinetobacter* spp. e *Burkholderia cepacia* (3 episódios, 10% cada). Piora da função cardíaca foi encontrada em 18/38 (47,4%) dos pacientes. Eventos embólicos ocorreram em 18/38 (47,4%), a maioria para o sistema nervoso central 7/38 (18,4%). Comorbidades foram frequentes, como insuficiência cardíaca prévia 19/38 (50%) e doença renal crônica 17/38 (44,7%). Regurgitação valvar nova foi encontrada em 5/38 (13,2%), vegetações aórticas em 17/38 (44,7%) e mitrais em 16/48 (42,1%). Valvas protéticas foram afetadas em 19/38 (50%) e dispositivos cardíacos em 6/8 (15,8%). Exposição a cuidados de saúde recentes foi identificado em 52,6% dos pacientes. Mortalidade foi de 19/38 (50%). A maioria das infecções foi causada por agentes susceptíveis a maioria das classes de antimicrobianos 30/38 (79%). Fatores relacionados a óbito foram presença de cateter venoso central (OR = 5,93, IC = 1,29-27,3, $p = 0,017$), ter disfunção renal crônica ($p = 0,049$, IC = 1,20-19,1 e OR = 4,8) e hemodiálise (OR = 16,2 IC = 1,78-147, $p = 0,008$). A incidência de EI por BGNNH encontrada foi similar a encontrada em estudos prévios. Infecções nosocomiais envolvendo enterobactérias e *Pseudomonas aeruginosa*, patógenos oportunistas e formadores de biofilme predominaram. Valvas protéticas e demais dispositivos intracardíacos foram mais afetados com alta taxa de mortalidade.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101721>

AO 19

ENDOCARDITE INFECCIOSA: ANÁLISE DE UMA COORTE DE PACIENTES EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO

Paula Hesselberg Damasco^a,
Luiza Silva de Sousa^b,
Victor Edgar Fiestas Solórzano^c,
Júlio César Delgado Correal^d,
Nicollas Garcia Rodrigues^b,
Ana Clara Mecnas Siebra^e,
Pablo Moura Lopes^e, Angelo Antunes Salgado^e,
Bruno Reznik Wajsbrot^e,
Henrique Madureira da Rocha Coutinho^e,
Alfredo de Souza Bomfim^e,

Joaquim Henrique de Souza Aguiar Coutinho^e,
Paulo Vieira Damasco^e

^a Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil

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

^c Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^d Rede Casa- Hospital Rio Laranjeiras, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

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

Introdução: Endocardite infecciosa (EI) é uma enfermidade rara, com alta morbidade e letalidade. A lesão anatómica básica da patologia é a vegetação no endocárdio valvar. Por apresentar manejo clínico-cirúrgico complexo, preconiza-se uma equipe multiprofissional, visando melhorar o prognóstico. Apesar dos avanços epidemiológicos de EI em sociedades internacionais, ainda são escassos os estudos de coortes de EI no país, o que dificulta a criação de um guia de diagnóstico e tratamento nas sociedades brasileiras.

Objetivos: Apresentar aspectos epidemiológicos, etiológicos e clínicos de pacientes com EI associados ao desfecho final da internação hospitalar de uma coorte do time de EI em um hospital universitário (HU) do Rio de Janeiro (RJ).

Metodologia: Estudo observacional, prospectivo, de 2009 a 2021, coorte de 119 pacientes em um HU. O projeto foi desenvolvido num hospital de 600 leitos no RJ. As análises estatísticas foram realizadas no Software Stata 15.0 (StataCorp LP; College Station, TX, USA). A regressão de Poisson foi usada para estimar as tendências temporais na incidência e mortalidade de EI. A análise de sobrevivência foi realizada usando o método Kaplan-Meier e as curvas foram comparadas usando o teste de log-rank.

Resultados: Foram incluídos nesta análise 113 casos de EI, excluindo-se 6 pacientes. No período de estudo, foram admitidos 146.828 pacientes no HU. A média de idade entre o grupo alta hospitalar e óbito foi 39 e 62 anos, respectivamente. A cardiopatia congênita se relacionou com o desfecho de alta hospitalar em 18% desta coorte ($p = 0,02$). Os pacientes com idade ≥ 60 anos (RR = 2.1; IC 95% 1.1-4.1), doença renal crônica (RR = 2.2; IC 95% 1.2-3.9) e bacteremia positiva para *Enterococcus* spp. (RR = 2.1; IC 95% 1.1-3.8) tiveram maior risco de mortalidade no estudo. A análise de sobrevivência demonstrou que a mortalidade em 30 dias foi menor nos pacientes com tratamento cirúrgico ($p = 0,03$). Evidenciamos uma tendência de redução da taxa de mortalidade da coorte, sendo de 6.0 por 1.000 pessoas-ano em 2010 para 3.6 por 1.000 pessoas-ano em 2020.

Conclusão: A incidência de EI foi de 7,75 casos para cada 100.00 internações e a letalidade de 45,1%. Os pacientes com idade ≥ 60 anos, doença renal crônica e bacteremia positiva para *Enterococcus* spp. tiveram maior risco de mortalidade. Observamos uma tendência de queda na taxa de mortalidade anual por EI desde o início do projeto.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101722>