

desenvolveram sinusite fúngica e 2 pacientes (8%) IFI disseminado. Após análise multivariada, o sinal do halo na TC e neutropenia com duração superior a 20 dias foram identificados como fatores associados a maior risco de IFI e a profilaxia com voriconazol ou posaconazol foi associada a uma menor ocorrência de IFI. Foi observada maior taxa de mortalidade hospitalar entre os pacientes que desenvolveram IFI comprovada/provável em comparação com pacientes não IFI (88,0% vs. 56,7%; $p = 0,006$).

Conclusão: os pacientes com leucemia em locais com recursos limitados têm uma alta prevalência de IFI provável/comprovada (27%) com alta mortalidade (88%). O uso de profilaxia antifúngica com voriconazol e posaconazol foi associado a uma prevalência significativamente menor de IFI. Estratégias de diagnóstico e prevenção de infecções devem ser adotadas e implementadas para prevenir IFIs, especialmente em países da América Latina para melhorar os resultados clínicos de pacientes com leucemia.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102211>

PI 216

IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DE BUNDLES DE PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS) EM PACIENTES SUBMETIDOS À TRANSPLANTE DE FÍGADO: RESULTADOS DE ESTUDO QUASE-EXPERIMENTAL DE CENTRO ÚNICO BRASILEIRO

Carolina Devite Bittante Gonçalves^a,
Lúcio R. Requião-Moura^{a,b},
Fernando Gatti de Menezes^a,
Sílvia Regina Morgado^a,
Marcelo Bruno de Rezende^a,
Guilherme Eduardo Gonçalves Felga^a,
Luci Corrêa^c,
Luis Fernando Aranha Camargo^{a,c}

^a Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil

^b Disciplina de Nefrologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

^c Disciplina de Infectologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) são um grande problema de saúde pública e evidências têm demonstrado que a adoção de medidas de prevenção de IRAS (bundles) reduz a sua incidência, mas em populações de alto risco para infecções, como os transplantados, a eficiência dessas medidas tem sido pouco mensurada.

Objetivo: Avaliar o impacto da implementação de bundles de prevenção de IRAS na sua ocorrência entre pacientes transplantados de fígado (TxF). Metodologia: estudo do tipo quase-experimental com 1.479 pacientes submetidos à TxF no período de 2002-14. Os pacientes foram divididos em dois grupos: pré (jan/02 a abr/07; $n = 519$) e pós implementação dos bundles (mai/07 a dez/14; $n = 960$). O desfecho primário:

incidência de casos de IRAS e taxas de densidade de incidência (TDI) de cada IRAS separadamente: infecções de corrente sanguínea (ICS, associadas ou não à cateter - CVC), infecções do trato urinário (ITU), associadas ou não à dispositivo, pneumonias associadas à ventilação (PAV) ou não (BCP) e infecções de sítio cirúrgico (ISC). Preditores de IRAS foram avaliados por regressão logística e a capacidade discriminatória do modelo foi avaliada por AUC-ROC.

Resultados: Após a implantação dos bundles a incidência de casos de IRAS reduziu de 38,3% para 17,2% ($P < 0,001$), e a TDI reduziu de 21,7 para 10,6/1000 paciente-dia ($P < 0,001$). Houve redução significativa nas TDI de ICS-CVC (2,76 vs. 1,30) e de PAV (12,3 vs. 1,85, $P < 0,001$), e na incidência de ISC (15,4 vs. 8,43, $P < 0,001$). Houve também redução nas TDI de ICS não associadas à CVC (1,81 vs. 0,51, $P < 0,001$) e de BCP (2,85 vs. 1,54, $P = 0,009$). Não houve reduções significativas nas ITU. De forma independente, observou-se associação entre IRAS e as seguintes variáveis: MELD = 21-29 (OR = 1,50; $P = 0,02$) e MELD > 29 (OR = 2,61; $P < 0,001$), tendo-se como referência MELD < 21; hemodiálise (OR = 1,69; $P = 0,001$); nutrição parenteral (OR = 2,07; $P = 0,001$); traqueostomia (OR = 6,78; $P < 0,001$); reabordagem cirúrgica abdominal (OR = 2,89; $P < 0,001$); e implementação dos bundles (OR = 0,26; $P < 0,001$). O modelo apresentou poder discriminatório moderado: AUC-ROC = 0,78, IC95% = 0,75-0,80, $P < 0,001$.

Conclusões: A implementação dos bundles de prevenção de IRAS em pacientes TxF reduziu de forma significativa a incidência de casos de IRAS, bem como das TDI de ICS, de pneumonias e de ISC. A adoção dessas medidas reduziu em 74% o risco do desenvolvimento de IRAS, demonstrando-se eficiente, mesmo em um população de alto risco para infecções.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102212>

PI 217

INFECÇÃO PRIMÁRIA POR TOXOPLASMA GONDII COM ACOMETIMENTO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL EM RECEPTOR DE TRANSPLANTE HEPÁTICO

Luiz Felipe de Abreu Guimarães^a,
Anderson Brito Azevedo^b,
Claudia Cristina Tavares de Sousa^b,
Fernanda G. Miodownik^b,
Samanta Teixeira Basto^b,
Ubiratan Cassano Santos^b,
Eduardo de Souza Martins Fernandes^b

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

^b Hospital São Francisco na Providência de Deus, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

A toxoplasmose é uma zoonose endêmica no Brasil. Pacientes submetidos a transplantes de órgãos sólidos (TOS) podem ser acometidos pela doença por infecção primária, reativação de infecção latente ou transmissão pelo doador. A apresentação clínica pode incluir miocardite, linfonomegalias,

hepatoesplenomegalia, abscesso cerebral, meningite, coriorretinite, pneumonite, hepatite e pancitopenia. Paciente de 54 anos foi submetido a transplante de fígado de doador falecido por cirrose alcoólica em outubro de 2017, com boa evolução pós-operatória. Recebeu imunossupressão inicial com tacrolimus, micofenolato e prednisona, além de profilaxia com sulfametoxazol/trimetoprim, mantida nos primeiros 6 meses. Sorologias foram reagentes para CMV, HSV, EBV e não reagentes para Toxoplasmose, HIV, HTLV, HAV, HBV, HCV e Chagas. Iniciou, no nono mês após o transplante, quadro febril agudo associado a mialgias e exantema, evoluindo com cefaleia e confusão mental. Na admissão, apresentava rebaixamento da consciência, desorientação e sinais de meningismo, evoluindo com crises convulsivas. Tomografia de crânio não evidenciou alterações. Raquicentese revelou líquido límpido, com 14 leucócitos/mm³ (50% mononucleares) e hiperproteinorraquia; exames diretos, culturas e antígeno criptocócico foram negativos. PCR foi negativo para HSV 1 e 2, EBV, CMV, Tuberculose e Toxoplasmose. Houve detecção de IgM para Toxoplasmose e o pareamento de sorologias confirmou infecção aguda. A despeito do início do tratamento específico com sulfametoxazol/trimetoprim intravenoso, manteve febre diária e confusão mental. Nova análise do líquido, 8 dias após a primeira, evidenciou 9 leucócitos/mm³ (100% mononucleares) e redução da proteinorraquia. A repetição do PCR para *Toxoplasma gondii* teve resultado detectado. Com o tratamento específico por 6 semanas, seguido de profilaxia secundária, o paciente evoluiu com resolução do quadro clínico. Segue sob acompanhamento, com boa função do enxerto e sem intercorrências. Apesar de a encefalite por *Toxoplasma gondii* com lesões intracranianas produzindo efeito de massa ser uma apresentação relativamente frequente em pacientes imunossuprimidos, é incomum em pacientes submetidos a TOS. Relatos de meningite aguda por Toxoplasmose são escassos, estando, na maior parte das descrições, presente em associação com abscessos cerebrais. O caso descrito ressalta que a toxoplasmose aguda deve ser considerada no diagnóstico diferencial de meningite em pacientes imunossuprimidos.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102213>

PI 218

**INFECÇÕES DE CORRENTE SANGUÍNEA EM
TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA
ALOGÊNICO: INCIDÊNCIA E FATORES DE
RISCO PARA MULTIRRESISTÊNCIA EM
DIFERENTES FASES: ATE D+30, ENTRE O D+30
E O D+100 E APÓS O D+100**

Marcia Garnica^{a,b}, Sylvia Dalcolmo^{a,b},
Jamily Zanon Bonicenna^{a,b}, Luana Boff^a,
Bianca de Lucena Gaio^a,
Geraldo Soares de Azevedo Neto^a,
Arthur Tomazelli Batista^a,
Adriana Lucia Pires Ferreira^b,
Renata Cristina Picao^a

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

^b Complexo Hospitalar de Niterói (CHN-DASA), Niterói, RJ, Brasil

Infecções de Corrente Sanguínea (ICS) são frequentes em pacientes submetidos a Transplante de Medula alogênico (Alo TMO), podendo ocorrer em fases precoces e tardias. Fatores como neutropenia, mucosite, uso de cateter venoso, doença enxerto contra hospedeiro, colite por citomegalovírus e o uso de antimicrobianos são frequentes, aumentando o risco de ICS. A multirresistência (MDR) é um fenômeno crescente, e acarreta falha terapêutica e pior prognóstico em ICS. Neste estudo, descrevemos a incidência de ICS e ICS por MDR em Alo TMO nas diferentes fases pos TMO e os fatores de risco associados. Um total de 222 pacientes (95 aparentados, 70 haploidenticos e 57 não aparentados) foram acompanhados por uma mediana de 245 dias. A incidência de ICS até o D+30, entre D+30 e o D+100 e após D+100 foi de 31%, 17% e 22% respectivamente. Não houve diferença na incidência de ICS comparando tipos de doador, condicionamento mielo ou não mieloablativo, ou celularidade de produto. Fonte de célula tronco medula óssea se relacionou a ICS até o D+30 (39% vs. 26%, $p=0.05$) comparado com fonte periférica. Foram diagnosticadas 207 ICS, sendo 62% por Gram negativos (GN), 32% por Gram positivos (GP) e 6% por fungos. Em 16%, a ICS foi polimicrobiana. Nas três fases pos TCTH, houve predomínio de GN em relação a GP. Os GN mais frequentes foram: *K pneumoniae* ($n=47$), *E coli* ($n=24$), e *P. aeruginosa* ($n=16$). Em relação a susceptibilidade, produção de betalactamase de espectro estendido (ESBL) foi identificada em 40% das *K. pneumoniae* e em 32% das *E. coli*, e produção de carbapenemase (ERC) em 30% das *K. pneumoniae* isoladas. As incidências acumuladas de ICS por MDR no D+30, entre D+30 e D+100 e após o D+100 foram: 6%, 9% e 15% por GN produtores de ESBL e 3%, 5% e 7% por GN ERC. Em relação a ICS por GP, ocorreram 8 casos de ICS por *S. aureus*, sendo 3 (37%) resistentes a meticilina, e 13 ICS por enterococo, com 2 casos de resistência a vancomicina (15% das amostras). As incidências de ICS por MRSA e VRE foram de 1% e 2% na coorte, respectivamente. Em relação aos fatores de risco para ICS por MDR, a colonização previa por GN ERC estava presente em todos os casos que desenvolveram ICS por ERC ($p<0.001$; VPP 12,6% e VPN 100%). ICS foi frequente nos pós TMO, com predomínio de GN em todas as fases. Há emergência de MDR especialmente entre bactérias GN nas diferentes fases pos TMO. Medidas para identificação precoce são necessárias para conter a disseminação destes padrões de resistência.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102214>

PI 219

**MONITORAMENTO REMOTO DE
TEMPERATURA PARA PACIENTES
NEUTROPÊNICOS INTERNADOS: RESULTADOS
PRELIMINARES**

Isabella Santana dos Anjos,
Amanda Rabello Conceição,