

carbapenêmicos imipenem e meropenem o percentual foi de 96,5% (n=28). As drogas com maior percentual de susceptibilidade foram amicacina (46,7%) e colistina (56,5%). Todos os isolados foram classificados como extensivamente resistentes (XDR). Oito isolados (26,6%) provenientes de UTIs produziam simultaneamente as carbapenemases NDM e KPC. Nenhum isolado foi produtor de OXA-48.

Conclusão: O aumento do isolamento de Enterobacterales produtoras de NDM com fenótipo XDR no período estudado pode estar relacionado à alta pressão seletiva exercida pelo maior uso de antimicrobianos no período da pandemia. Amicacina e polimixina permanecem como opções terapêuticas. Embora a resistência à colistina tenha sido identificada, são necessários testes confirmatórios.

Palavras-chave: XDR, *Klebsiella pneumoniae*, KPC, UTI

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103354>

EMERGÊNCIA E DISSEMINAÇÃO CLONAL DE ACINETOBACTER BAUMANNII COMPLEX COPRODUTOR DE DUPLA-CARBAPENEMASE RECUPERADOS DE AMOSTRAS CLÍNICAS E AMBIENTAIS EM UM HOSPITAL BRASILEIRO

Jussimara Monteiro Nurmberger^{a,*},
Fernanda M Inoue^a, Cinara Rodrigues Oliveira^b,
Leandro de Lane Moraes^b, Ana Paula Timm Lobo^a,
Sergio Tufik^a, Hercília Borges^b

^a Associação Fundo de Incentivo a Pesquisa – AFIP Medicina Diagnóstica, São Paulo, SP, Brasil;

^b Hospital Ipiranga, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A emergência global de *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenêmicos tornou-se um grande desafio para a saúde pública. Sua incidência em centros de saúde como agente infeccioso e/ou colonizador de ambiente está relacionada à sua capacidade de sobrevivência e formação de biofilme em superfícies hospitalares inertes e dispositivos médicos. O objetivo deste estudo foi descrever a disseminação clonal de *A. baumannii* coprodutor das carbapenemases NDM-1 e OXA-23 detectadas em amostras clínicas e ambientais isoladas em um hospital brasileiro.

Métodos: A identificação bacteriana das amostras foi realizada por Espectrometria de Massa e a concentração inibitória mínima dos antimicrobianos foi determinada por sistema automatizado, exceto para polimixina B, o qual foi utilizado o método de microdiluição em caldo. A caracterização molecular dos genes codificadores das carbapenemases das classes A (blaKPC), B (blaNDM, blaIMP, blaVIM) e D (blaOXA-48, blaOXA-23, blaOXA-24/40, blaOXA-51 e blaOXA-58) de Ambler foi determinada por PCR, seguido por análise de sequenciamento de Sanger para os genes detectados. Para a investigação ambiental, após uma limpeza de rotina, foram coletados dez swabs de diferentes superfícies e equipamentos presentes em uma UTI adulto relacionada com a investigação. A relação de similaridade genética entre as cepas clínicas e ambientais foi caracterizada pela técnica da Eletroforese em Gel de Campo Pulsado (PFGE).

Resultados: Seis cepas de *A. baumannii* isoladas de amostras clínicas (sangue, secreção traqueal, lavado bronco

alveolar e ponta de cateter) e três cepas isoladas de amostras ambientais (teclado médico, grade da cama e cabo de eletrodo) apresentaram teste de triagem positivo para a presença de metalo-beta-lactamase. Em todas as cepas foi detectado alto nível de resistência a meropenem, amicacina, gentamicina e ciprofloxacina, exceto para polimixina B, o qual todas eram suscetíveis. As nove cepas de *A. baumannii* carregavam os genes blaNDM, blaOXA-23 e blaOXA-51, simultaneamente e apresentaram um padrão único de PFGE.

Conclusão: Até onde sabemos, este é o primeiro relato brasileiro de um surto de *A. baumannii* coprodutoras das enzimas NDM-1 e OXA-23 comparando isolados clínicos e amostras ambientais. Esses achados sugerem que a vigilância clínica, epidemiológica e molecular de cepas multirresistentes podem ser necessárias não apenas nas amostras clínicas, mas também nas áreas críticas do ambiente hospitalar como um todo.

Palavras-chave: *Acinetobacter baumannii*, New delhi metallo beta-lactamase disseminação clonal carbapenêmicos

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103355>

ENDOCARDITE INFECCIOSA DE VÁLVULA AÓRTICA DE IMPLANTE PERCUTÂNEO E ENTEROCOCCUS FAECALIS: COINCIDÊNCIA?

Guilherme Suarez Pompeo^{a,*},
Gustavo Campos Monteiro de Castro^b, Clara Weksler^a,
Rafael Quaresma Garrido^a, Cristiane da Cruz Lamas^a

^a Instituto Nacional de Cardiologia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil;

^b Universidade do Grande Rio – Unigranrio-Afya, Duque de Caxias, RJ, Brasil

A Endocardite Infecciosa (E.I.) é uma séria complicação do implante Transcateter de Valva Aórtica (TAVI). A incidência pós TAVI é similar à pós troca valvar cirúrgica. Há expectativa que o número de TAVI cresça nos próximos anos. A EI de TAVI possui maior incidência nos primeiros meses após procedimento, e seu manejo é complicado pelo alto risco cirúrgico dos pacientes. Caso 1: mulher, 71 anos, hipertensa, diabética, coronariopata, com Doença Renal Crônica (DRC) em Tratamento Conservador (TCon), submetida a TAVI por estenose aórtica grave há 10 meses. Dá entrada em emergência com hemiparesia esquerda. Ao exame força grau 3 em dimídio esquerdo e discreta alteração da sensibilidade. Tomografia Computadorizada (TC) de crânio sem alterações agudas. Leucocitose de 19.900 mL, PCR-T: 26,8 mg/mL. Coletadas hemoculturas, com crescimento de *Enterococcus faecalis*. Iniciado ceftriaxone e ampicilina. Ecocardiograma transesofágico (ECOTE) demonstrou prótese aórtica de implante percutâneo normofuncionante, sem imagens aditivas. TC de abdome: áreas sugestivas de isquemia em baço e artéria mesentérica superior com falha de enchimento sugerindo infarto da gordura mesentérica. Ressonância Magnética de crânio mostrou injúria vascular isquêmica recente. PET-CT com FDG após 2 semanas de antibióticos foi normal. Colonoscopia sem alterações. Paciente sem possibilidade cirúrgica, sendo realizados 42 dias de antibiótico, com boa evolução clínica. Caso 2: homem, 84 anos, hipertenso, diabético, ex-tabagista, portador de DRC em TCon, coronariopata, submetido a TAVI há 3