

palma das mãos; dorso das mãos; espaços interdigitais; extremidades dos dedos e primeiro quirodáctilo.

Resultados: Em uma análise de desempenho individual frente aos critérios avaliados, 21% dos participantes obtiveram pontuação máxima (5/5 critérios); 36% obtiveram 4/5; 36% obtiveram 3/5; 3,5% obtiveram 2/5 e 3,5% obtiveram 1/5. Considerando a quantidade total de acertos frente a cada parâmetro avaliado, atingimos: palma das mãos (93%); dorso das mãos (86%); espaços interdigitais (54%); extremidades dos dedos (57%) e primeiro quirodáctilo (79%).

Conclusão: As variáveis “espaços interdigitais” e “extremidades dos dedos” foram as mais negligenciadas pelos participantes, refletindo importante carência de conhecimento nesses quesitos. Ademais, apenas um percentual diminuto da amostra (21%) atingiu a marca que nossa equipe julgou como adequada para uma limpeza plena. Assim, visto que a mão é uma das maiores fontes de contaminação no contexto de cuidados em saúde, urge uma abordagem mais aprofundada em higiene das mãos durante a formação acadêmica, de modo a aprimorar a técnica e prevenir a disseminação de doenças infecciosas, especialmente em ambiente hospitalar.

Palavras-chave: higienização de mãos educação médica educação em infectologia liga acadêmica controle de infecções

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103587>

AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR ENDOCARDITE INFECCIOSA NO BRASIL ENTRE 2012 E 2021

Luiz Eduardo dos Santos David^{a,*},
Larissa Macêdo Cirilo^a, Paulo Visco Bitencourt Borges^a,
Raul Antônio Oliveira Souza^b,
Mônica Cristina Trancoso Chalegre^a,
Luisa Manuelly Ferraz Silva^a,
Luciana Cardoso Silva Lima^a

^a *Faculdades Santo Agostinho, Vitória da Conquista, BA, Brasil;*

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

Introdução: A Endocardite Infecciosa (EI) se caracteriza pela invasão de agentes infecciosos na superfície do endocárdio, produzindo inflamação local e frequentemente acúmulo de fibrinas e plaquetas, formando uma vegetação composta por fragmentos trombóticos e micro-organismos. Nos últimos anos, tal doença teve mudanças no seu perfil epidemiológico devido principalmente a razões demográficas.

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico da mortalidade por endocardite infecciosa no Brasil, entre 2012 e 2021.

Métodos: Trata-se de uma análise descritiva, retrospectiva, baseado na tendência temporal entre 2012 e 2021, a partir de dados secundários do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), coletados no Departamento de Informática do SUS (Datapus). No estudo, foram calculadas as taxas de mortalidade, por meio da quantificação, por ocorrência, do número total de óbitos por endocardite aguda e subaguda no Brasil durante o período, bem como a descrição das variáveis região, sexo, faixa etária e raça/cor,

de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – CID10, capítulo I33.

Resultados: O período analisado totalizou 8893 óbitos por EI no território brasileiro, evidenciando o Sudeste como região com maior número absoluto de mortes (53,5%). O ano de 2021 foi o que apresentou um maior número total de casos, sendo a taxa de mortalidade mais alta, a cada 100.000 habitantes, no ano de 2019 (0,47%). Na distribuição por sexo, os homens representam (61,43%) dos óbitos e tratando-se de faixa etária, o maior número de mortes por EI foi entre 60 e 69 anos (22,9%). No que tange à raça/cor, a branca predominou (60,68%).

Conclusão: A endocardite aguda e subaguda representa uma condição clínica que merece melhor atenção dado sua relevância epidemiológica. Além disso, é importante a investigação acerca dos possíveis casos subnotificados, tendo em vista a ausência de acesso adequado ao diagnóstico nas populações mais vulneráveis, o que limita a obtenção de resultados fidedignos à realidade, principalmente quanto às variáveis região e raça/cor.

Palavras-chave: Endocardite infecciosa Epidemiologia Mortalidade

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103588>

DIPLOPIA COMO MANIFESTAÇÃO DE NEUROSSÍFILIS: RELATO DE CASO

Herbert José Fernandes*, Iara Ana Pinto Borges,
Lucas Drummond Portes Vasconcelos

Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, MG, Brasil

Introdução: A neurosífilis é o acometimento do sistema nervoso central (SNC) pelo *Treponema pallidum*, pode ocorrer em qualquer estágio da doença, com taxa de invasão no SNC de até 40% na sífilis primária. A infecção pode ser assintomática ou apresentar-se através de tabes dorsalis, déficit focal ou quadro de goma com diagnóstico diferencial com tumores cerebrais ou medulares. Nas fases mais agudas, há envolvimento do líquido cefalorraquidiano (LCR), meninges e vasculaturas, enquanto na fase mais avançada há acometimento do parênquima cerebral e da medula espinal. O diagnóstico se faz através de punção líquórica, na qual será evidenciado sorologia positiva, pleocitose e hiperproteinorraquia. O tratamento é feito com a penicilina G cristalina, que é a única que penetra a barreira hematoencefálica.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 33 anos, encaminhado pela neurologia ao ambulatório de infectologia, devido um quadro de diplopia de seis meses de evolução, com extensa investigação com tomografia de crânio, avaliação oftalmológica e sorologias. Histórico de diagnóstico de sífilis adquirida também há seis meses após realização de exame de VDRL com titulação de 1:32, no entanto sem tratamento em virtude de hipótese de cicatriz sorológica. Na avaliação apresentava-se sem anormalidades no exame físico. Realizados testes rápidos que somente foi positivo para sífilis. Foi iniciado tratamento para sífilis latente tardia com penicilina benzatina 7.200.000ui e coletado LCR que evidenciou proteínas 88 mg/dL; glicose 45mg/dL; leucócitos 4 mm³ (100% linfomononucleares) e VDRL 1:8. Encaminhado para internação em hospital de referência para uso de penicilina