

abordagem cirúrgica foi necessária, com resolução completa da coleção e lesão subestenossante.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104225>

**EP-320 - USO DE DELAFLOXACINO NO MANEJO CLÍNICO DAS INFECÇÕES DE PELE E PARTES MOLES COMPLICADAS: DESFECHOS FAVORÁVEIS E RÁPIDA DESHOSPITALIZAÇÃO EM PACIENTES IDOSOS E MULTICOMÓRBIDOS**

Stefania Bazanelli Prebianchi,  
Camila de Paula Siqueira,  
Ingrid Nayara Marcelino Santos

*Hospital Samaritano, Higienópolis, SP, Brasil*

**Introdução:** As infecções bacterianas agudas da pele e da estrutura da pele (ABSSSIs) são condições heterogêneas, podendo cursar com diversas complicações, e representam importante causa de hospitalização, gastos em saúde e uso de antimicrobianos. A emergência global de cepas resistentes a múltiplos antibióticos, incluindo cepas de *S. aureus* resistentes à meticilina (MRSA), são um desafio ao tratamento adequado, principalmente em pacientes mais susceptíveis a efeitos colaterais e interações medicamentosas. A Delafloxacina, recentemente aprovada no Brasil para uso em ABSSSIs, é uma nova fluoroquinolona com um amplo espectro de atividade e um perfil favorável de efeitos colaterais que contribui para o arsenal de medicamentos disponíveis para o tratamento desse tipo de infecção.

**Objetivo:** Contribuir com informações úteis para a prática clínica através da divulgação de dados clínicos reais e desfechos favoráveis com uso de nova fluoroquinolona em pacientes idosos.

**Método:** Relato de dois casos clínicos.

**Resultados:** Caso 01: Homem, 69 anos, DM tipo 2, HAS, DRC interna por lesão ulcerada de 4 cm de diâmetro em face anterior de pé esquerdo associada a sinais flogísticos locais, com 1 mês de evolução, refratária ao uso de Ciprofloxacino 500 mg 2 x /d e Clindamicina 600 mg 6/6h por 7 dias. Foi iniciado Daptomicina 350 mg IV/d + Tazocin 4,5g 6/6h IV, porém houve piora de função renal e de PCR. Biópsia da lesão isolou *Enterobacter cloacae* ESBL e *Staphylococcus aureus* Oxacilina Sensível. Foi optado por troca de ATB para Delafloxacino 300 mg 12/12h IV que paciente usou por 5 dias, com resolução completa do quadro e melhora laboratorial. Caso 02: Homem, 91 anos, HAS, DM tipo 2, ICC e marcapasso interna por abscesso e celulite em cotovelo esquerdo, sem trauma associado. Apresentava lesão renal aguda, PCR 14,5(mg/dL). Fez uso de Delafloxacino 300mg IV 12/12h por 7 dias além da drenagem percutânea do abscesso (culturas negativas), com regressão do quadro. Teve alta após uma semana para término de tratamento com Bactrim oral.

**Conclusão:** Apesar do receio dos efeitos colaterais das gerações antigas de fluoroquinolonas, principalmente em idosos, estudos in vitro e in vivo mostram perfil de efeitos colaterais favorável ao comparar Delafloxacina com outros membros de sua classe. Os dois relatos mostram desfechos

clínicos favoráveis, ausência de efeitos colaterais e rápida desospitalização de pacientes idosos após o uso de Delafloxacina para ABSSSIs, contribuindo para dados de eficácia e segurança clínica da droga em mundo real.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104226>

ÁREA: INFECTOLOGIA CLÍNICA

**EP-321 - ENDOCARDITE FÚNGICA EM PACIENTES COM CANDIDEMIA: INCIDÊNCIA E FATORES DE RISCO**

Betina Maria Giordani, Tarsila Vieceli,  
Gabriel Azeredo Magalhães,  
Guilherme Carvalho Serena,  
Valerio Rodrigues Aquin,  
Vicente Stolnik Borges,  
Alexandre Prehn Zavascki,  
Fernando Pivatto Júnior

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil*

**Introdução:** Candidemia é uma infecção relacionada aos cuidados de saúde potencialmente associada a complicações graves. Uma delas, a endocardite fúngica, associa-se a taxas de mortalidade de até 90%. Poucos estudos avaliaram a incidência dessa complicação nesse grupo de pacientes.

**Objetivo:** Descrever a incidência e os fatores de risco associados ao desenvolvimento de endocardite fúngica em pacientes com candidemia em um hospital público terciário de ensino do sul do Brasil.

**Método:** Estudo de coorte retrospectivo incluindo todos os pacientes  $\geq 18$  anos com o primeiro episódio de candidemia entre janeiro/2018 a março/2023 na instituição. Pacientes sem ecocardiograma na internação ou que o realizaram antes 3 dias do diagnóstico foram excluídos da análise. Para o cálculo do risco relativo (RR) utilizou-se a regressão de Poisson com variância robusta e as variáveis com  $P < 0,1$  na análise univariável foram incluídas na análise multivariável.  $P < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo.

**Resultados:** Foram registrados 399 casos de candidemia durante o período estudado, sendo incluídos na análise 164 pacientes após revisão dos critérios de inclusão/exclusão. A mediana (IQ) do índice de comorbidade de Charlson foi de 3 (2-5) pontos e a mortalidade intra-hospitalar foi de 43,9% (IC95%: 36,3-51,5%). Endocardite fúngica foi diagnosticada em 6,1% (IC 95%: 2,4-9,8%). Pacientes com endocardite fúngica tinham menor idade ( $P=0,011$ ), mais frequentemente cateter venoso central de longa permanência ( $P < 0,001$ ), assim como maior prevalência de candida do complexo parapsilosis ( $P=0,033$ ). Candidemia persistente ( $P=0,015$ ) e nova positividade de hemoculturas após clareamento ( $P=0,001$ ) foram igualmente mais comuns nesse subgrupo. Em relação aos fatores de riscos, idade (RR 0,95; IC95%: 0,92-0,98), Candida do complexo parapsilosis (RR 4,24; IC95%: 1,17-15,3) e presença de válvula cardíaca protética (RR 8,73; IC 95%: 3,38-22,5) foram fatores de risco independentes na análise multivariável.

**Conclusão:** A incidência de endocardite fúngica encontrada de pelo menos 6,1% nos pacientes com candidemia foi semelhante à observada na literatura. Considerando que a detecção dessa complicação impacta na dose do antifúngico utilizada, na duração do tratamento, assim como na eventual necessidade de cirurgia cardíaca, a sua busca sistemática nos pacientes com candidemia nos parece adequada, especialmente naqueles com os fatores de risco aqui identificados.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104227>

#### EP-322 - TAXA DE MORTALIDADE DE INTERNAÇÕES POR DOENÇA REUMÁTICA CRÔNICA DE 2017 A 2023: UM ESTUDO ECOLÓGICO

Luiz Carlos Santos Borges,  
Emanuel Gustavo Sabino de Freitas,  
Fernando Ériton Aguiar Moita,  
Pedro Henrique Silveira de Souza,  
Higor Braga Calixto

Universidade Federal de Roraima (UFRR), Boa Vista,  
RR, Brasil

**Introdução:** A doença reumática do coração (RHD) é uma causa de mortalidade em regiões de baixa e média renda, com 319.400 mortes estimadas em 2015.

**Objetivo:** Analisar a taxa de mortalidade de internações hospitalares por doença reumática crônica do coração nas regiões brasileiras.

**Método:** Estudo transversal, ecológico e quantitativo, analisando dados do Sistema de Informações sobre Morbidade (SIH/SUS) de 2017 a 2023, incluindo óbitos de pacientes de 15 a 80 anos ou mais e excluídos dados ignorados. A taxa de mortalidade foi calculada pela relação entre óbitos urgentes e Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) aprovadas, ajustada por 100. A análise incluiu variáveis de cor/raça, sexo e faixa etária, utilizando Microsoft Excel 2022 para análise estatística.

**Resultados:** De 2017 a 2023, a taxa de mortalidade por doença reumática do coração (RHD) no Brasil variou: começou em 8,38 por 100 AIHs em 2017, subiu para 9,15 em 2020, e diminuiu para 8,17 em 2023. Essas mudanças sugerem variações demográficas, socioeconômicas e no acesso à saúde. Destacam-se altas taxas no Sul e Centro-Oeste, especialmente no Paraná e Mato Grosso do Sul, com 10,12 e 9,82 respectivamente, possivelmente devido às disparidades regionais no acesso e cuidados médicos adequados. A mortalidade cresceu com a idade, de 3,95 entre 15 e 19 anos, para 7,54 entre 50 e 59 anos, e 17,85 para 80 anos ou mais, indicando possível risco da RHD nessa população. A taxa foi de 8,62 tanto para homens quanto para mulheres. Entre os grupos étnicos, indígenas tiveram uma taxa elevada de 20 mortes por 100 AIHs, enquanto brancos registraram 9,31, refletindo possíveis diferenças no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde.

**Conclusão:** De 2017 a 2023, houve oscilação da taxa, decaindo após 2021. Limitações do estudo incluem subnotificação dos óbitos e incapacidade de realizar associação causa e efeito. Logo, são necessários estudos adicionais para

compreender a diminuição observada em 2023 e políticas que promovam diagnóstico precoce, tratamento e capacitação para prevenir a RHD e, conseqüentemente, a mortalidade por internações.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104228>

#### EP-323 - TROMBOCITOPENIA INDUZIDA POR ETAMBUTOL EM MENINGOENCEFALITE TUBERCULOSA: UM RELATO DE CASO

Ana Paula Figueiredo Silva,  
Marcos Vinícios Costa Coutinho,  
Rita Catarina Medeiros Sousa,  
Carlos Augusto Abreu Alberio,  
Julius Caesar Mendes Soares Monteiro

Hospital Universitário João de Barros Barreto,  
Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA,  
Brasil

**Introdução:** A tuberculose (TB) é causada por uma das 07 espécies do complexo *Mycobacterium tuberculosis*. O tratamento para adultos com TB meningoencefálica tem duração 12 meses, sendo o tratamento intensivo por 2 meses com rifampicina, isoniazida, pirazinamina e etambutol (RHZE) e 10 meses de manutenção com RH. Porém, podem ocorrer reações adversas graves durante tratamento, sendo necessário alterar a composição do esquema inicial.

**Objetivo:** Descrever a evolução de um caso de trombocitopenia induzida por etambutol em meningoencefalite tuberculosa e seu manejo terapêutico.

**Método:** Homem, 55 anos, residente de Belém-PA. Em janeiro de 2023, evoluiu com cefaleia, febre e perda ponderal de 10 kg. Com piora da cefaleia, em 27.01.2023 foi atendido na referência de meningite, realizou punção lombar e tomografia computadorizada de tórax. O líquido era xantocrômico, com hiperproteínoorraquia (175.2mg/dl), hipoglicorraquia (19mg/dl), aumento de citometria (130 células/mm<sup>3</sup>), 91% de mononucleares, baciloscopia positiva e teste rápido molecular para tuberculose, com resultado negativo. Na TC de tórax havia nódulos com aspecto miliar e linfonodos mediastinais aumentados de volume. Optou-se por internação e introdução do esquema RHZE para tuberculose meningoencefálica, associado à corticoterapia com dexametasona, na dose de 0.3 mg/kg/dia. Pesquisa de BAAR no escarro e infecção pelo HIV, tiveram resultados negativos. O paciente apresentava melhora clínica, porém, em 31.01.23 apresentou trombocitopenia (71.000/mm<sup>3</sup>), em queda progressiva - 55.000/mm<sup>3</sup> em 03.02.23. No mielograma de 07.02.23, não havia alterações. Associou-se a causa da trombocitopenia ao esquema básico, optando-se por suspendê-lo, em 06.02.23. Após discussão do caso, decidiu-se por iniciar o tratamento em 10.02.23, com RH e Pirazinamida, excluindo Etambutol, associado como a principal causa da trombocitopenia.

**Resultados:** Após isso, foram realizados hemogramas e observado aumento das plaquetas, apresentando valores de 49.000 e 66.000/mm<sup>3</sup>, em 12.02.23 e 16.02.23, respectivamente, corroborando com a hipótese inicial. O paciente recebeu alta e seguiu com manejo ambulatorial, com valores de plaquetas