

Dos 19 pacientes com infecção, 9 tiveram pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV), 5 bacteremia, 4 PAV seguida de bacteremia e 1 infecção urinária. A avaliação do tratamento não pode ser realizada para 9/19 pacientes, pois foram a óbito antes da emissão do laudo microbiológico. Para 9 dos 10 pacientes a combinação de antibacterianos foi utilizada com 5/9 (56%) de sucesso terapêutico. Para 3 pacientes utilizou-se polimixina B 1000000UI 12/12h (PB 2x) + meropenem 1 g 8/8h (MEM 3x), 2/3 tiveram alta hospitalar (AH) e 1 foi à óbito. O uso de PB2x+MEM 3x seguido de outras combinações (MEM3x e levofloxacino 500 mg/dia ou amicacina 1 g/dia) resultaram em 2 AH, assim como o uso de MEM 3x e Levofloxacino 500 mg 24/24h -1 AH. Associação dupla de MEM 3x com linezolida 600 mg 12/12h ou com vancomicina 1 g 8/8h resultaram em 2 óbitos, da mesma forma a associação tripla de PB2x mais MEM 3x mais vancomicina 1 g 8/8h (2 óbitos); e a monoterapia com MEM 3x (1 óbito). Dos 5 pacientes com AH, 4 tiveram PAV e 1 bacteremia destes 4 isolados de CB-Kp eram produtores KPC e 1 de NDM. Entre os 5 óbitos, 3 tiveram PAV e 2 bacteremias sendo 5 produtores de KPC.

**Conclusão:** A dificuldade terapêutica é evidenciada pelo alto número de óbitos, a combinação de PB 2x e MEM 3x teve maior taxa de sucesso terapêutico para isolados produtores de KPC ou NDM. Mais estudos devem ser realizados para que nesta dificuldade terapêutica das co-infecções em COVID-19 possamos ainda conseguir algum êxito.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101741>

EP 006

#### AVALIAÇÃO DO IMPACTO EM MICROORGANISMOS COLONIZANTES APÓS RESTRIÇÃO DE POLIMIXINA EM UTI HOSPITAL TERCIÁRIO

Elisa Maria Beirao<sup>a</sup>, Tiago Barra Consentino<sup>a</sup>, Paulo Urtado<sup>a</sup>, Ana Paula Timm Lobo<sup>b</sup>, Jussimara Monteiro Nurmberger<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Conjunto Hospitalar do Mandaqui, São Paulo, SP, Brasil

<sup>b</sup> Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa (AFIP), São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** As polimixinas são os antibióticos de eleição em hospitais com recursos limitados para tratamento de bactérias resistentes aos carbapenêmicos. Com o aumento do uso, evidenciamos aumento na resistência das bactérias Gram-negativas à polimixina. Estimulamos a substituição de polimixina por aminoglicosídeo quando indicado e avaliamos o impacto da substituição.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo nas unidades de terapia intensiva (UTI), UTI-A e UTI-B do Conjunto Hospitalar do Mandaqui, de 1/01/2017 a 31/12/2017 sem restrição ao uso de polimixinas e 1/01/2018 a 31/12/2019 com avaliação e orientação de uso de aminoglicosídeos nos casos de infecção por bactérias resistentes aos carbapenêmicos. Foram coletados dados de consumo de

antimicrobianos (DDD), mortalidade, e pacientes foram submetidos a coleta de cultura de vigilância (CVIG) segundo protocolo institucional. Na CVIG foram avaliados microrganismos Gram-negativos resistentes aos carbapenêmicos. Foi calculado pressão de colonização (CVIG/paciente/dia) para as bactérias isoladas. A identificação bacteriana foi realizada por espectrometria de massa (Vitek-MS<sup>®</sup>), o perfil de sensibilidade aos antimicrobianos foi determinado utilizando Sistema automatizado Vitek 2<sup>®</sup>. Para triagem de carbapenemases, foi realizada nota técnica da Anvisa em enterobactérias multirresistentes.

**Resultados:** Observamos redução do consumo polimixina B na UTI-A de 2017 para 2019 (54,82-17,11, sem significância estatística (NS)) e na UTI-B (64,82-17,11,  $p < 0,00001$ ). Principais bactérias isoladas nas UTI-A e B em CVIG foram *K. pneumoniae* (84,7 e 90,1%) e *A. baumannii* (12,1 e 6,4%). A pressão de colonização por *K. pneumoniae* na UTI-A no período de 2017 a 2019 foi de 1,5; 0,47; 0,33 (NS) e na UTI-B 1,71-0,68-0,25 ( $p = 0,6$ ); *A. baumannii* apresentou as seguintes taxas na UTI-A 0,18; 0,12; 0,03 ( $p = 0,06$ ) e na UTI-B 1,71; 0,68; 0,25 ( $p < 0,00001$ ). O consumo de polimixina na UTI-A foi de 54,8; 30,63; 38,27 ( $p = 0,06$ ) e na UTI-B 64,8; 21,74; 12,8 ( $p < 0,00001$ ). Consumo de amicacina na UTI-A foi de 34,5; 35,0; 33,1 ( $p = 0,06$ ) e na UTI-B de 28,1; 39,9; 33,1 ( $p < 0,00001$ ). Mortalidade avaliada no período na UTI-A foi de 27,3; 30,1; 30,4 (NS) e na UTI-B foi de 26,2; 23,5; 20,2 ( $p = 0,002$ ).

**Conclusão:** Observamos maior adesão ao protocolo de uso de aminoglicosídeos na UTI-B com redução na prevalência de colonização por *A. baumannii* resistente aos carbapenêmicos. As medidas implementadas não foram acompanhadas pelo aumento de mortalidade.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101742>

EP 007

#### CEFTAROLINE NO TRATAMENTO DE SEPSE E BACTEREMIA POR CA-MRSA EM PACIENTES COM PNEUMONIA E INSUFICIÊNCIA RENAL ASSOCIADA À VANCOMICINA. RELATO DE DOIS CASOS

Jaques Sztajn bok, Mariana Lanna Magalhães, Nidyanara Francine Castanheira de Souza, Murillo Crivillari, Ceila M.S. Malaque

Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER), São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** Nos últimos anos, temos observado aumento do número de pacientes internados na UTI do Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER) com septicemia por *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina da comunidade (CA-MRSA). Como primeira linha, iniciamos o tratamento com Vancomicina. No entanto, muitos pacientes apresentam piora da função renal após a introdução deste antibiótico. Nesse relato, trazemos 2 casos em que, após piora da função renal, suspendemos Vancomicina e introduzimos Ceftaroline. Ambos pacientes evoluíram com melhora clínica e melhora da função renal.