

Organização



SERVIÇO DE DOENÇAS INFECCIOSAS



CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL
HOSPITAL DE SÃO BERNARDO



CENTRO DE ESTUDOS DE VECTORES E DOENÇAS INFECCIOSAS
WWW.INSA.PT



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ACES DE SETÚBAL E PALMELA

II JORNADAS TEMÁTICAS

DE DOENÇAS INFECCIOSAS DE SETÚBAL

INFEÇÕES EM MEIO HOSPITALAR

13 e 14 de fevereiro de 2015

Forum Municipal Luísa Todi, Setúbal

Presidente: José Poças

Presidente Honorário: Dr. Rui Proença

**Programa
Científico**



Caros Colegas:

Ao termos assumido em 2013 a intenção de iniciarmos a realização regular (em anos alternados) de umas Jornadas Temáticas subordinadas ao vasto tema das Doenças Infeciosas, estávamos conscientes dos riscos inerentes, desde logo da existência de uma população de profissionais interessados em quantidade suficiente, bem como dos problemas inerentes à dificuldade crescente, por razões óbvias, em reunir o necessário apoio logístico nos problemáticos tempos que correm.

Não pretendendo nunca assumir um cariz nacional que se não justificaria, mas apenas regional das mesmas, fomos estimulados por não ter havido ainda no Distrito iniciativa semelhante, mas também, temos que o confessar com algum orgulho, pela avaliação extremamente positiva que as I^{as} Jornadas tiveram junto dos participantes, o que serviu, logicamente, de importante incentivo.

Tratando-se de uma especialidade de tipo horizontal com importantes, nítidas e óbvias áreas de intercessão com a denominada Saúde Pública, não poderíamos começar de outra forma que não a de ter decidido voltarmo-nos em primeira instância para os nossos colegas dos Cuidados Primários de Saúde, com quem estabelecemos uma interessante cooperação, bem como escolher o Temas das Doenças Transmitidas por vetores, dando assim seguimento à excelente colaboração que sempre temos tido, desde há muitos anos, com o CEVDI do INSA.

Mas, logicamente, não pretendíamos ficar por aí, razão pela qual, desta vez, viramo-nos para dentro da instituição Hospitalar, afinal a “nossa casa” enquanto profissionais, bem como dos muitos doentes que tratamos, por estes necessitarem, infelizmente, de múltiplos e demorados internamentos, com o objetivo confessado de aprofundar saberes, adquirir competências, delimitar áreas de intervenção e estabelecer pontes de contacto e cooperação estratégica com outros Serviços e Especialidades.

Desde logo, primeiramente, com a Medicina Interna, grande Especialidade Mãe, mas também com a Microbiologia Clínica, especialidade irmã, os Cuidados Intensivos, a Pneumologia, a Cardiologia, a Neurologia e a Ortopedia porque, na verdadeira essência, o doente é um ser único e o Hospital, como instituição, só se torna viável, através de uma salutar intercomplementaridade de saberes, de competências e de estratégias de intervenção.

Nesta medida, não poderíamos deixar de voltar a dar voz também aos Enfermeiros, profissionais cujo âmbito de intervenção, dentro dos Serviços e das Instituições, não tem parado, e bem, de se diferenciar e aprofundar, sendo hoje uma classe profissional que se posicionou por mérito próprio como parceiro

imprescindível e cada vez mais qualificado na intervenção, quer ao nível da prestação de cuidados, que como assessoria técnica às atividades de gestão.

Os temas das Conferências e Mesas Redondas que se irão alternar, foram selecionados pela sua manifesta atualidade, desde logo pela premente necessidade de encarmos os fenómenos da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos como um grave problema de saúde pública, bem como a correspondente utilização criteriosa daquelas armas terapêuticas como uma prioridade institucional, nacional e, mesmo, planetária.

Os palestrantes foram convidados pela sua experiência e reconhecida competência nos diversos temas, havendo logicamente, pela natureza intrínseca da índole organizativa das mesmas, de privilegiar, por ordem de prioridade, o nosso Serviço, o nosso Hospital e a nossa Região. Tal como nas Jornadas anteriores, teremos na Conferência de Abertura a apresentação de um Tema relacionado com a História das Doenças Infeciosas, desta vez abordado por um convidado estrangeiro, o meu colega e amigo Agustin Muñoz, que desenvolverá o interessante tema da Sífilis, onde é um reconhecido especialista.

A terminar, uma última palavra para com o nosso Homenageado, o Dr. Rui Proença. Em poucas palavras, podemos referir que é um digno representante da notável gesta dos grandes clínicos dos HCL, internista enciclopédico e infeccionista de absoluta referência para várias gerações de seus ex-internos, nos quais tive a felicidade de me incluir.

Renovando pois a promessa de prosseguirmos futuramente com o aprofundamento do nobre objetivo formativo que nos norteia acima de qualquer outro, espero que possam usufruir de um espaço acolhedor, onde se privilegia a aprendizagem, a troca de ideias e experiências e também de um transitório e salutar afastamento temporário das atividades diárias rotineiras dos vossos locais de trabalho, sejam eles enfermarias, consultas, hospitais de dia, UCIs, ou urgências hospitalares, laboratórios e centros de saúde, sendo pois de esperar, por isto mesmo, que se vá posteriormente repercutir positivamente, como é da nossa intenção, no desempenho de cada um dos seus participantes.

O Diretor do SDI e Presidente das Jornadas



José M. D. Poças

COMISSÃO DE HONRA

Presidente da Comissão de Honra: Presidente Honorário das Jornadas, Dr. Rui Proença

Diretor-Geral da Saúde • Presidente do Conselho Directivo da ARS de Lisboa e Vale do Tejo • Presidente do Conselho Distrital da Ordem dos Médicos de Setúbal • Presidente do Colégio da Especialidade de Doenças Infecciosas da Ordem dos Médicos • Presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Tropical da Ordem dos Médicos • Presidente da Sociedade Portuguesa de Doenças Infecciosas e Microbiologia Clínica • Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna • Diretor do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT) • Presidente do Conselho Directivo do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) • Bastonário da Ordem dos Enfermeiros • Diretora Clínica do Centro Hospitalar de Setúbal • Presidente da Câmara Municipal de Setúbal

COMISSÃO ORGANIZADORA

Bianca Ascensão • **Catarina Gonçalves** • **Joana Sá** • **Luís Duque** • **Nelson Duarte** • **Paula Brito**

Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES

Fátima Campante Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Hospital Nossa Senhora do Rosário • **Maria João Aleixo** Serviço de Doenças Infecciosas, Hospital Garcia de Orta • **Mário Parreira** Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **Robert Badura** Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria

CORPO DOCENTE

Amadeu Lacerda Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **Anabela Mendes Pereira** Serviço de Doenças Infecciosas/Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **Anabela Neves** Serviço de Oncologia, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **Agustín Muñoz** Serviço de Doenças Infecciosas HUB, U. Estremadura, Espanha • **Barros Veloso** Ex-Hospitais Cívicos de Lisboa, Hospital Santo António dos Capuchos • **Bianca Ascensão** Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **Cândido Teixeira** Presidente da Liga dos Amigos do Hospital de S. Bernardo • **Carlos Carvalho** Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **Carlos França** Unidade de Cuidados Intensivos, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa • **Carlos Palos** Urgência, GCLPCIRA, Hospital Beatriz Ângelo • **Catarina Gonçalves** Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **Edite Mateus** Serviço de Doenças Infecciosas/Unidade de Auto-ímmunes, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **Emília Valadas** Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria • **Fátima Campante** Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Hospital Nossa Senhora do Rosário • **Felisbela Barroso** Comissão de Controlo da Infecção, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **Fernando Borges** Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Egas Moniz • **Fernando Maltez** Serviço Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar Lisboa Central, Hospital Curry Cabral • **Filipe Froes** Unidade de Cuidados Intensivos, Centro Hospitalar Lisboa Central, Hospital Pulido Valente • **Filomena Ferreira** Serviço de Saúde Ocupacional, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **Joana Sá** Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **João Carvalho** Serviço de Doenças Infecciosas/Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **João Machado** Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar Lisboa Central, Hospital Curry Cabral • **João Madeira** Serviço de Cardiologia, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **José Malhado** Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Lisboa Central, Hospital Curry Cabral • **José Neves** Serviço de Doenças Infecciosas Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria • **José Poças** Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **Júlio Botas** Serviço de Doenças Infecciosas, Hospital Garcia de Orta • **Kamal Mansinho** Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz • **Luís Caldeira** Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria • **Luís Lapão** Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa • **Luís Soares** Serviço de Cardiologia, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **Luís Tavares** Unidade de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Hospital Nossa Senhora do Rosário • **Maria Alice Ruivo** Escola Superior de Saúde de Setúbal • **Maria João Águas** Serviço Doenças Infecciosas, Hospital Garcia de Orta • **Maria João Aleixo** Serviço de Doenças Infecciosas, Hospital Garcia de Orta • **Maria João Alves** Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Centro de Estudos de Vectores e Doenças Infecciosas Dr. Francisco Cambournac • **Mário Parreira** Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **Melo Cristino** Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, Faculdade de Medicina de Lisboa • **Nelson Duarte** Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **Nuno Fachada** Serviço de Ortopedia, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital Ortopédico do Outão • **Nuno Luís** Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **Paula Brito** Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **Paula Duarte** Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **Pedro Póvoa** UCIP, Hospital de S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental EPE • **Pinto Marques** Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **Robert Badura** Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria • **Rosa Ribeiro** Unidade de Cuidados Intensivos, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **Rui Guerreiro** Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **Rui Matos** Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **Rui Proença** Ex-Hospitais Cívicos de Lisboa, Hospital Curry Cabral • **Sofia Núncio** Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Centro de Estudos de Vectores e Doenças Infecciosas Dr. Francisco Cambournac • **Susana Sousa** Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de S. Bernardo • **Thomas Hanscheid** Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, Faculdade de Medicina de Lisboa

II JORNADAS TEMÁTICAS

DE DOENÇAS INFECCIOSAS DE SETÚBAL

INFEÇÕES EM MEIO HOSPITALAR

12 FEVEREIRO 2015 | 5ª FEIRA

17:00h	Abertura do Secretariado
18:00–20:00h	WORKSHOP PRÉ-JORNADAS Gestão das infeções hospitalares: <i>Thinking outside of the box</i> <ul style="list-style-type: none">• Abordagem integrada para a gestão e controlo de infeções, ligando a gestão e a organização dos serviços com a governação clínica/<i>Antibiotic Stewardship</i>• Casos Internacionais e Nacionais Coordenador: Luís Lapão (IHMT/UNL) Palestrantes: Luís Lapão (IHMT/UNL), Pedro Póvoa (UCIP, HSFX/CHLO) e Carlos Palos (Urgência, GCLPCIRA, HBA)
20:00h	Encerramento do Workshop

13 FEVEREIRO 2015 | 6ª FEIRA

08:30h	Abertura do Secretariado
09:30–10:00h	CERIMÓNIA DE ABERTURA
10:00–11:00h	SESSÃO DE ABERTURA Resenha histórica da sífilis Presidente: Rui Proença (Ex-HCL/HCC) Moderador: Fernando Maltez (SDI, CHLC/HCC) Palestrante: Agustín Muñoz (SDI/HUB/U. Estremadura/Espanha) Comentador: Barros Veloso (Ex-HCL/HSAC)
11:00–11:30h	<i>Coffee-break</i>
11:30–13:00h	SESSÃO 1 Aspetos atuais em antibioterapia das infeções bacterianas Presidente: Amadeu Lacerda (SMI, CHS/HSB) Moderador: José Malhado (SMI, CHLC/HCC) Comentador: Luís Caldeira (SDI, HSM) Novos antimicrobianos Nuno Luís (SDI, CHS/HSB) Metodologias de administração Bianca Ascenção (SDI, CHS/HSB) Controlo da toxicidade e da eficácia Carlos Carvalho (SMI, CHS/HSB) Qual o papel dos velhos antimicrobianos Joana Sá (SDI, CHS/HSB)

13:00–14:00h	Almoço
14:00–15:00h	SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DE POSTERS Moderadores: Mário Parreira (SMI, CHS/HSB) e Robert Badura (SDI, CHLN/HSM)

15:00–16:00h	SESSÃO 2 Pneumonias víricas Presidente: Kamal Mansinho (SDI, CHLO/HEM) Moderadora: Paula Duarte (SP, CHS/HSB) Palestrante: Filipe Froes (UCI, CHLC/HPV) Comentadora: Maria João Alves (INSA/CEVDI)
--------------	---

16:00–16:30h *Coffee-break*

16:30–18:00h	SESSÃO 3 Infeções associadas a dispositivos médicos Presidente: Luís Soares (SC, CHS/HSB) Moderador: Pinto Marques (SN, CHS/HSB) Comentador: Júlio Botas (SDI, HGO)
--------------	--

Ortopedia
Nuno Fachada (S. Ortopedia, CHS/HOO)

Cardiologia
João Madeira (SC, CHS/HSB)

Neurologia
Rui Guerreiro (SN, CHS/HSB)

Aspetos mais importantes da profilaxia e da terapêutica antimicrobiana
Catarina Gonçalves (SDI, CHS/HSB)

18:00h Fim dos trabalhos do primeiro dia

14 FEVEREIRO 2015 | SÁBADO

08:30h	Abertura do Secretariado
09:30–10:30h	SESSÃO 4 Microorganismos multirresistentes: Problema de saúde pública Presidente: Emília Valadas (FML/CHLN/HSM) Moderador: Thomas Hanscheid (SPC, CHLN/HSM/FML) Palestrante: Melo Cristino (SPC, CHLN/HSM/FML) Comentadora: Rosa Ribeiro (UCI/CCI, CHS/HSB)
10:30–11:00h	<i>Coffee-break</i>
11:00–12:30h	SESSÃO 5 Infeções graves em meio hospitalar: Aspetos atuais Presidente: Maria João Águas (SDI, HGO) Moderador: João Machado (SDI, CHLC/HCC) Comentadora: Sofia Núncio (CEVDI/INSA) Pneumonias Susana Sousa (SP, CHS/HSB) Endocardites com culturas negativas Paula Brito (SDI, CHS/HSB) Infeções do SNC Rui Matos (SN, CHS/HSB) Neutropénia febril Anabela Neves (S, Oncologia, CHS/HSB)
12:30–13:30h	SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS Moderadoras: Fátima Campante (SMI, CHBM/HNSR) e Maria João Aleixo (SDI, HGO)
13:30–14:30h	Almoço
14:30–15:30h	SESSÃO 6 Sépsis Presidente: Luís Tavares (UDI, CHBM/HNSR) Moderador: Carlos França (UCI, CHLN/HSM/FML) Palestrante: José Neves (SDI, CHLN/HSM) Comentador: Fernando Borges (SDI, CHLO/HEM)
15:30–16:00h	<i>Coffee-break</i>

16:00–17:30h

SESSÃO DE ENFERMAGEM

Convergência de estratégias no controlo de infeção hospitalar no SDI

Presidente: João Carvalho (SDI/SP, CHS/HSB)
Moderadora: Edite Mateus (SDI/UAI, CHS/HSB)
Comentadora: Maria Alice Ruivo (ESS Setúbal)

O papel da Comissão de Controlo da Infeção do CHS
Felisbela Barroso (CCI, CHS/HSB)

**Ações para o controlo da infeção
no Serviço de Doenças Infecciosas**
Anabela Mendes Pereira (SDI/SP, CHS/HSB)

**Ações da Saúde Ocupacional
no acompanhamento dos profissionais do CHS**
Filomena Ferreira (SSO, CHS/HSB)

17:30h-18:00h

SESSÃO DE HOMENAGEM AO DR. RUI PROENÇA

José Poças
Fernando Maltez
João Machado

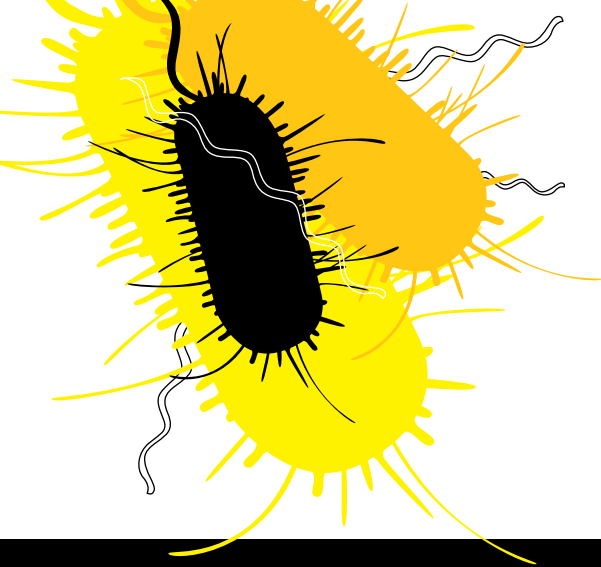
18:00h-18:30h

SESSÃO DE ENCERRAMENTO

Nelson Duarte (SDI, CHS/HSB)
Cândido Teixeira, Presidente da Liga dos Amigos do HSB
José Poças, Presidente das Jornadas

18:30h

Entrega de Certificados

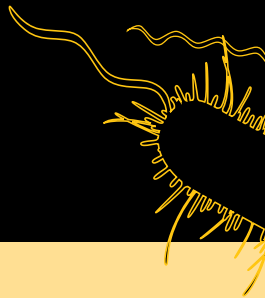


II JORNADAS TEMÁTICAS

DE DOENÇAS INFECCIOSAS
DE SETÚBAL

INFEÇÕES EM MEIO HOSPITALAR

Resumos das Comunicações Livres





COMUNICAÇÕES ORAIS

CO 01

IMPACTO DA INFEÇÃO HOSPITALAR COM CONFIRMAÇÃO MICROBIOLÓGICA NAS ENFERMIARIAS DE MEDICINA INTERNA E INFECCIOLOGIA DE UM HOSPITAL PORTUGUÊS

Ana Catarina Guerra, Catarina Araújo, Conceição Escarigo e Margarida Coelho
Serviço de Infeciologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

Introdução: A prevalência de infeção hospitalar (IH) em Portugal é superior à média europeia. A mortalidade associada varia com a topografia da infeção, serviços, doentes, entre outros fatores, estimando-se entre 9-58%.

Objetivos: Estudo das características dos hospedeiros, microrganismos, tratamento antimicrobiano e evolução de casos de IH.

Métodos: Identificaram-se casos de IH confirmados microbiologicamente nas enfermarias de Medicina Interna e de Infeciologia, em 2014. Analisaram-se dados demográficos, clínicos e analíticos utilizando SPSS.

Resultados: Incluíram-se 132 doentes com idade média 72,4 anos ($\pm 16,0$), dos quais 59,1% homens. A maioria (92,4%) foi internada na enfermaria de Medicina Interna. A duração mediana do internamento foi 20 dias. Verificaram-se 75,0% com mais de 65 anos, 32,6% diabéticos, 9,1% com infeção por VIH, 54,5% com outra doença crónica. Os microrganismos mais frequentes foram *Escherichia coli* (18,8%), *Klebsiella pneumoniae* (11,1%) e *Staphylococcus aureus* metilicina-resistente (9,7%); em 9,7% isolaram-se pelo menos 2 microrganismos. Em 51,9% prescreveram-se pelo menos 2 antimicrobianos; em 67,2% o antimicrobiano foi substituído segundo o teste de sensibilidade. O prolongamento do internamento foi atribuído à IH em 65,3% (mediana 16,0 dias). A taxa de mortalidade foi 19,4%. Não se verificou associação estatística entre mortalidade e género, idade, doenças crónicas de base, número de isolamentos microbiológicos, número de antimicrobianos, prolongamento do internamento.

Discussão: A inclusão de IH com comprovação microbiológica, subestima a prevalência de IH nestas enfermarias. O impacto da IH nesta amostra ocorreu sobretudo no prolongamento da duração do internamento. A definição dos preditores de mortalidade neste trabalho foi provavelmente limitada pela dimensão da amostra.

CO 02

MALÁRIA IMPORTADA EM ADULTOS: INTERNAMENTO HOSPITALAR NO DISTRITO DE SETÚBAL, ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 22 CASOS

Paula Brito, Jorge Mercier, Joana Estalagem, Catarina Messias, Luís Duque e José Poças

Serviço de Infeciologia, Hospital de São Bernardo, Setúbal

Introdução: Os casos de malária importada grave têm aumentado na Europa em países onde esta doença não é endémica. Estima-se que a sua incidência/ano seja superior a 500 milhões de novos casos sendo responsável por cerca de 1 milhão de mortes por ano.

Nos países não endémicos assiste-se a um número crescente de casos importados de malária por aumento de migração de áreas endémicas e número crescente de viajantes para países tropicais. Em Portugal, e em particular no distrito de Setúbal, tem-se assistido desde 2011 a um importante movimento migratório para os países africanos de língua portuguesa (PALOP) onde existe transmissão endémica de malária.

Objetivo: caracterização dos doentes internados entre 2009 e 2014 no Centro Hospitalar de Setúbal (CHS).

Material e métodos: estudo retrospectivo longitudinal descritivo dos doentes internados no CHS entre os anos 2009 e 2014 com diagnóstico de malária.

Resultados: Durante os 5 anos avaliados verificaram-se 22 internamentos por malária. Do total da amostra de doentes, 20 eram do sexo masculino, com idade média de 45,69 anos. Predominaram doentes na faixa etária entre os 41 e 50 anos (36%). Dois doentes não tinham nacionalidade portuguesa (1 da Bélgica, 1 das Filipinas). O país endémico mais frequente de onde regressaram foi Angola (59%). O mês com maior número de internamentos foi Abril (32%). Do total da amostra, 86% não fizeram profilaxia da malária ou foi inadequada. O tempo médio entre o regresso do país endémico e o internamento foi de 9,5 dias. O tempo médio de internamento foi de 11 dias (apenas 2 doentes estiveram internados mais de 15 dias). As queixas mais frequentes foram por ordem decrescente febre (100%), vômitos (91%), mialgias (77%) e cefaleia (50%). Dois doentes apresentavam todos os critérios de malária grave. Dentro destes critérios, 5 doentes tiveram compromisso do SNC, 9 doentes apresentaram insuficiência respiratória aguda, 7 doentes apresentaram insuficiência renal aguda, 4 doentes



tiveram hiperbilirrubinemia, 5 doentes apresentaram hipoglicemia, em 18 doentes foi detetada anemia mas nem sempre com Htc <15%. Finalmente 12 doentes apresentavam no 1º dia parasitemia superior a 2%. A média total da parasitemia foi de 6%. Relativamente ao tipo de plasmodium, foram identificados em 22 doentes *Plasmodium falciparum* (100%). Dois doentes apresentavam também *Plasmodium vivax* (ambos regressados de Angola e sem deficiência de glucose – desidrogenase). Estes dois doentes fizeram terapêutica com sulfato de quinina, doxiciclina e primaquina. Os restantes doentes, sulfato de quinino e doxiciclina. Como complicação salientam-se 5 casos de ARDS, 2 pneumonias nosocomiais (diagnóstico 48 horas após internamento), 1 caso de colecistite alitiásica e 2 casos com acufenos importantes. Durante o internamento 1 doente teve diagnóstico concomitante de malária e infeção por VIH. Faleceu 1 doente.

Conclusão: Desde 2011 com o aparecimento da crise económica portuguesa assiste-se a uma maior migração de portugueses para os países endémicos de malária. Tal como no resto da Europa os casos de internamento por malária importada têm vindo a aumentar. A consulta de viajante e a quimioprofilaxia adequada é fundamental. O auto tratamento e teste, em indivíduos com estadias prolongadas em países endémicos para Malária também deve ser uma preocupação do profissional quando faz esta consulta. A população médica deve estar alerta para esta entidade infecciosa sendo indispensável realizar uma história clínica epidemiológica correta ponderando sempre a hipótese de malária pois, pode surgir uma deterioração rápida com elevada morbidade e mortalidade.

CO 03

MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES & CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS: CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL DISTRITAL DE 2011 A 2013

Bianca Ascensão, Catarina Gonçalves, Ana Lourenço, Joana Sá, Paula Brito, Luís Duque, Isabel Chaves e José Poças
Serviço de Infeciologia, Hospital de São Bernardo, Setúbal

Introdução: Na União Europeia estimam-se 25000 óbitos/ano causados por infeções a microrganismos multirresistentes. A pressão antibiótica está relacionada com este problema, o que levou à implementação de políticas racionais de prescrição.

Objetivos: Descrever a relação entre o isolamento de microrganismos resistentes e o consumo de antibióticos de um hospital distrital entre 2011-2013.

Material e Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo dos microrganismos resistentes isolados e do consumo de antibióticos de um hospital distrital entre 2011-2013.

Os resultados microbiológicos foram fornecidos pela Comissão de Controlo de Infeção.

Como amostra representativa da prescrição utilizou-se: Serviço de Medicina; Serviço de Urgência; Serviço de Cirurgia; Unidade de Cuidados Intensivos.

Foi analisado estatisticamente o consumo de carbapenemos, cefalosporinas de 3ª geração, ciprofloxacina e vancomicina.

Resultados: Diminuição de *Escherichia coli* resistentes à ciprofloxacina (48% para 26%), *Klebsiella pneumoniae* resistentes às cefalosporinas de 3ª geração (58% para 26%), *Pseudomonas aeruginosa* resistentes aos carbapenemos (33% para 24%), *Enterococcus faecium* resistentes à vancomicina (11% para 2%).

Alta percentagem de *Acinetobacter baumannii* resistentes aos carbapenemos (em 2012: 88%).

Diminuição global do consumo: cefalosporinas de 3ª geração, vancomicina (2012-2013) e carbapenemos. Porém, regista-se um grande consumo de carbapenemos.

Aumento do consumo de quinolonas.

Discussão/Conclusões: A diminuição progressiva de microrganismos resistentes pode associar-se ao menor consumo hospitalar de antibióticos, porém deve considerar-se a pressão da antibioterapia ambulatória.

A grande utilização de carbapenemos pode associar-se a taxa de resistência de *Acinetobacter baumannii*.

O tamanho da amostra não permite tirar conclusões com significado estatístico, o que sublinha a importância de continuar esta análise.

CO 04

A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO-RESISTENTE (MRSA) NA PESSOA IDOSA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Verónica Florêncio^{1,2} e Idalina Gomes¹

¹Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; ²Serviço de Urgência Geral (SUG) do Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução: O MRSA é uma importante causa de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS), sendo que Portugal apresenta uma das mais elevadas taxas de incidência a nível europeu (53.8%).¹ Os idosos possuem uma taxa de IACS de 13,8%, constituindo um grupo vulnerável, tornando-se imperativo a adoção de medidas de prevenção e controlo.^{2,3,4}

Objetivos: 1. Capacitar a equipa multidisciplinar para a prevenção e controlo da infeção por MRSA no idoso no SUG.

2. Implementar medidas para a prevenção e controlo da infeção por MRSA.

Material/Métodos: Metodologia de projeto⁵, desenvolvendo-se de 09/2014 a 02/2015.

Participantes: enfermeiros (10), assistentes operacionais (10), médicos (10) e doentes idosos com fatores de risco para MRSA (933).

Instrumentos de colheita de dados: processos clínicos, questionários, guiões de observação das práticas.

Resultados: Das auditorias constatámos que as práticas básicas de controlo da infeção (PBCI) são cumpridas nos casos positivos identificados, mas em situação de suspeita o índice de qualidade diminuiu.

Dos 933 doentes rastreados, 11.5% estavam colonizados com MRSA. Destes 38% foram submetidas a descolonização; 38% encontravam-se na comunidade quando saiu o resultado; e 24% faleceram.

Como medidas corretivas salientamos: formação à equipa, utilização de solução alcoólica de bolso e por unidade do doente; adesão à campanha das mãos; folheto informativo sobre MRSA; atualização do protocolo MRSA⁶.

Discussão/Conclusões: Os profissionais estão mais despertos para o cumprimento das PBCI e para o rastreio sistematizado do MRSA, fundamental na prevenção da infeção, mas o envolvimento de toda a equipa é crucial. O número de casos que foram para a comunidade sem descolonização alertam para a importância da criação de uma comunicação eficaz com os cuidados primários.

Bibliografia:

1. ECDC (2013b). *Antimicrobial resistance surveillance in Europe Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net) 2012*. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2012.pdf>;
2. DGS (2013a). *Portugal – Controlo da Infeção e Resistências aos Antimicrobianos em números – 2013 Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2013.aspx>;
3. DGS (2013b). *Prevalência de Infeção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses*. Acedido em 01/07/2013. Disponível em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCkQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Finquerito-de-prevalencia-de-infecao-adquirida-no-hospital-e-uso-de-antimicrobianos-nos-hospitais-portugueses-inquerito-2012-jpg.aspx&ei=LFP0U4zH6LH0QXNxoDICA&usq=AFQjCNHcKmCk4NPOwJcowCqHput160K2kQ&sig2=ro9rh0JONok3yTCI2YMCIQ>;
4. ECDC (2013a). *Annual epidemiological report: Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data 2013*. Acedido em 01/07/2014. Disponível em <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/annual-epidemiological-report-2013.pdf>;
5. Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de etapas. Percursos: *Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal*, 15, 1-37;
6. DGS (2014). Norma nº018/2014 – Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Metilina (MRSA). Acedido em 05/01/2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de09122014.aspx>.

CO 05

UM OLHAR RETROSPECTIVO (2009 – 2014) DOS CASOS DE LEPTOSPIROSE NO HOSPITAL ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA

M^ª Inês Madureira

ACES Alto Ave

Introdução: A Leptospirose é a zoonose mais comum em todo o mundo com uma incidência muito maior que o estimado e declarado. Por integrar uma extensa área rural, o Distrito de Évora é uma zona com grande incidência.

A leptospirose é uma doença infecciosa que pode e deve ser prevenida, devendo os Clínicos Gerais ter um papel ativo na educação das populações.

Objetivos: A apresentação tem como objetivos alertar para os sintomas e sinais mais comuns da doença e a importância da declaração obrigatória.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo de 1 de Janeiro de 2009 a 1 de Setembro de 2014 desenvolvido no Hospital Espírito Santo de Évora (HESE) que inclui 21 doentes admitidos com o diagnóstico confirmado de Leptospirose. Foram analisados os dados epidemiológicos e laboratoriais baseados no registo informático (Alert[®]), laboratório de análises clínicas do HESE e relatório da Direção Geral de Saúde de doenças de declaração obrigatória de 2009-2012.

Resultados: Do total de 21 casos. Clara prevalência no sexo masculino com 16 casos (76%) e 5 do sexo feminino (24%), tendo a maioria (76%) ocorrido na faixa etária profissionalmente ativa (18-65 anos). Todos os casos foram confirmados serologicamente. A presença de icterícia com aumento da bilirrubina total ocorreu apenas em 8 (38%) dos casos dificultando o diagnóstico inicial. A trombocitopenia e alterações na coagulação são alterações analíticas muito prevalentes com 14 (67%) e 11 (52%) casos respetivamente.

Insuficiência Renal (Cr>1.5) apenas ocorreu em 6 (29%) dos casos, tendo sido necessário internamento na Unidade de Cuidados Intensivos em 7 (33%) dos casos.

Discussão: Deve-se suspeitar de Leptospirose sempre que epidemiologia sugestiva com sintomas, alterações da coagulabilidade e trombocitopenia. Embora o número de casos confirmados seja apenas de 21, os casos duvidosos eram 66, levando a concluir que a leptospirose é uma doença com prevalência importante no Distrito de Évora.

CO 06

CASUÍSTICA DA RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS DE UM HOSPITAL DISTRITAL NO PERÍODO DE 2008 A 2013

Bianca Ascenção, Joana Sá, Paula Brito, Catarina Gonçalves, Luís Duque, Jesuína Duarte, Manuel Carvalho e José Poças

Serviço de Infeciologia, Hospital de São Bernardo, Setúbal

Introdução: A resistência aos antimicrobianos é um problema emergente, com aumento de morbidade/mortalidade, pelo que o seu conhecimento e controle continua a ser muito pertinente.

Objetivos: Analisar microrganismos multirresistentes isolados em 2008-2013 num Hospital Distrital.

Material e Métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo dos microrganismos multirresistentes isolados (MRSA, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Acinetobacter baumannii*, *Enterococcus*) entre 2008-2013 num Hospital Distrital.

Analisou-se estatisticamente todas as amostras biológicas processadas pelo Laboratório de Microbiologia neste período, tendo em conta as orientações de CLSI (*Clinical and Laboratory Standards Institute*).

Resultados: A taxa de MRSA mantém-se muito alta, com pico em 2010 (54%).

Diminuição progressiva de *Pseudomonas aeruginosa* resistentes na globalidade, com destaque para a manutenção da alta taxa de resistência aos carbapenemos (11-24%).

Aumento progressivo de *Klebsiella pneumoniae* resistentes às quinolonas (10-32%), sem deteção de resistências aos carbapenemos desde 2010.

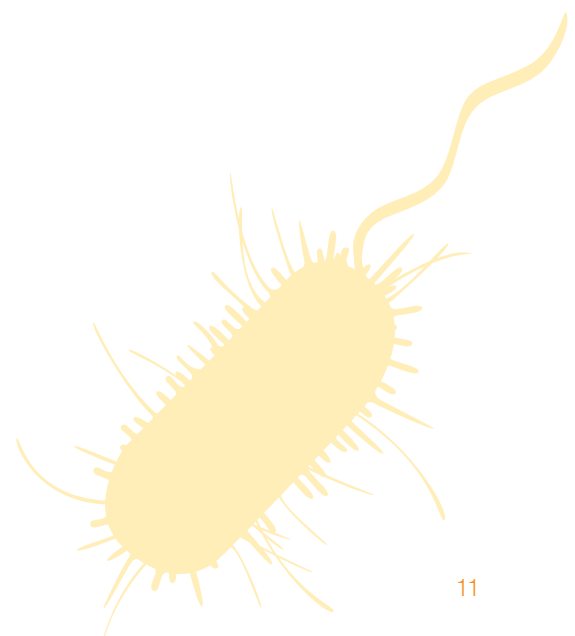
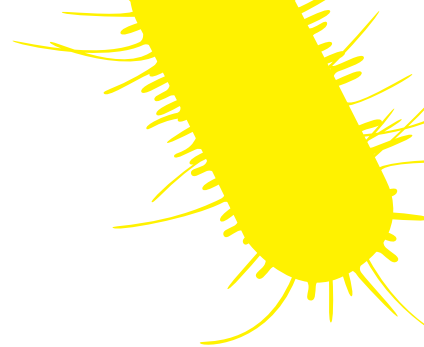
Cerca de 25% de *Escherichia coli* mantêm-se resistentes às quinolonas, 5-10% às cefalosporinas de 3ª geração, não tendo sido detetadas resistências aos carbapenemos.

Manutenção de alta taxa de resistências de *Acinetobacter baumannii* aos carbapenemos, com pico em 2013 (100%) e bom perfil de sensibilidade à colistina.

Diminuição progressiva de *Enterococcus faecium* resistentes à vancomicina desde 2011.

Sem deteção de resistências de *Enterococcus faecalis* à vancomicina, à exceção de 2009 (1%).

Discussão/Conclusão: A elevada percentagem de resistências às quinolonas e carbapenemos, poderá estar relacionada com a prescrição inadequada, não podendo deixar de considerar-se a pressão antibiótica ambulatoria. A formação/atualização e medidas de prevenção/Controlo de Infecção continuam a ser a chave para a resolução deste problema.



POSTERS

P 01

NEUROBORRELIOSE A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João Oliveira¹; João Frutuoso¹; Fernando Sousa²; Margarida Lopes¹; José Vaz^{1,2}
¹Serviço de Medicina I; ²Unidade de Cuidados Intensivos; Hospital José Joaquim Fernandes, Beja

Resumo: A doença de Lyme é uma doença sistémica causada pela espiroqueta *Borrelia burgdorferi*, transmitida pela mordedura de carrageas infectadas, principalmente as do género *Ixodes*. Representa a doença transmitida por vetores mais comum na Europa e América do Norte. Em Portugal tem um pico sazonal no início do Verão. Com o acentuar das alterações climáticas, prevê-se que a transmissão ao Homem possa aumentar, e que daí possam resultar sérios problema de saúde pública. É uma doença sistémica e as suas manifestações podem dividir-se em três fases: precoce localizada – caracterizada geralmente pela presença de eritema migrans e achados inespecíficos; precoce disseminada – tipicamente associada a manifestações músculo-esqueléticas, cardíacas e neurológicas; disseminada tardia – tipicamente associada a alterações músculo-esqueléticas e neurológicas. Tem um tratamento relativamente simples quando diagnosticada a tempo, geralmente com doxiciclina, embora continue a ser uma doença subdiagnosticada pela pouca especificidade dos seus sintomas.

Os autores apresentam uma breve revisão, a propósito de um caso de Neuroborreliose num doente de 59 anos de idade, sexo masculino, diabético, doença hepática crónica alcoólica admitido no SU por febre, dor lombar, mal estar geral e perda ponderal de cerca de 8Kg em 10 dias. Foi internado por síndrome febril de origem desconhecida, apresentando um deterioro progressivo do estado geral apesar de antibioterapia de largo espectro. Sem achados imagiológicos ou analíticos relevantes, além de uma elevação marcada dos parâmetros inflamatórios. Realizou-se punção lombar que revelou sinais indirectos de infecção e serologias positivas para *Borrelia burgdorferi*, alterando-se antibioterapia para doxiciclina endovenosa. Teve alta ao fim de 43 dias de internamento medicado com doxiciclina oral. Conclusão a Borreliose de Lyme é uma doença que apesar de prevalente continua a ser subdiagnosticada implicando um alto nível de suspeição. O seu tratamento é relativamente simples e tratada atempadamente evita complicações tardias e incapacitantes e onerosas para a comunidade.

P 02

MALÁRIA – UMA RECORDAÇÃO DE VIAGEM

Serpa Soares P., Vieira A., Paixão V., Grilo A.M., Korotkevych Y., Reina J. e Vaz J.
Serviço de Medicina I, Hospital José Joaquim Fernandes, ULSBA – Beja

Introdução: A malária é uma doença prevalente em países tropicais, transmitida por vector e causada pelo protozoário *Plasmodium*, possuindo um amplo espectro de apresentação clínica. O diagnóstico e terapêutica atempada são fundamentais para a minimização de complicações graves.

Caso Clínico – Descrevem-se dois casos:

Um doente de 35 anos sem antecedentes pessoais relevantes, residente em Moçambique, recorreu ao Serviço de Urgência por febre persistente, cefaleias, mialgias e náuseas. Analiticamente com trombocitopenia, alteração da função hepática e pesquisa de *Plasmodium* positiva para *P. falciparum* com parasitémia 2%. Internou-se com o diagnóstico de malária leve e iniciou terapêutica com arteméter+lumefantrina, evoluindo favoravelmente clínica e analiticamente e tendo alta assintomático.

Um doente de 60 anos com antecedentes de Diabetes mellitus tipo 2, residente na República dos Camarões, recorreu ao SU por febre alta, calafrios, artralgias e mialgias. Analiticamente com anemia, trombocitopenia, alteração da função hepática e pesquisa de *Plasmodium* negativa. Internou-se por síndrome febril, foram colhidas serologias virais e iniciou antibioterapia empírica com doxiciclina. Durante o internamento manteve-se assintomático e analiticamente com agravamento inicial da trombocitopenia e parâmetros de bioquímica hepática. As serologias virais revelaram-se negativas e repetiu pesquisa de *Plasmodium* positiva para *P. falciparum* com parasitémia 0.6%, tendo-se alterado a terapêutica para mefloquina. Teve alta estável, mantendo seguimento no seu médico assistente.

Conclusão: Pretende-se com estes casos alertar para a importância de uma história epidemiológica cuidada, pela sua importância na orientação diagnóstica e terapêutica, bem como salientar as diferentes manifestações clínicas e analíticas de uma mesma patologia, através de uma revisão temática.



P 03

TOXOPLASMOSE OCULAR NO IMUNOCOMPETENTE

Antónia Sá Gomes¹, Tiago Marques¹, Ana Claudia Fonseca² e Luís Caldeira¹

¹*Serviço de Doenças Infecciosas;* ²*Serviço de Oftalmologia Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE*

Resumo: A toxoplasmose é uma infecção parasitária causada por um protozoário intracelular *Toxoplasma gondii*, sendo a sua transmissão através de ingestão de alimentos crus ou mal cozidos contendo quistos do parasita ou contaminação com oocistos libertados nas fezes de gatos. É geralmente assintomática e auto-limitada sendo as situações graves predominantes na grávida e no doente imunocomprometido. No entanto em zonas como o Brasil é o principal agente responsável por uveíte posterior em imunocompetentes, causando danos irreversíveis quando o nervo óptico e a mácula estão envolvidos.

Apresenta-se o caso de um homem de 28 anos, natural do Brasil, tratador de cavalos, sem antecedentes médicos conhecidos. Iniciou quadro de hiperemia e dor ocular, fotofobia e diminuição de acuidade visual do olho direito com 2 semanas de evolução, sem trauma associado. O exame oftalmológico revelou diminuição da acuidade visual do olho direito (7/10) enquanto o olho esquerdo apresentava uma acuidade visual normal (10/10). Para além disso objectivou-se panuveíte hipertensiva não granulomatosa do olho direito, vasculite da retina com focos de retinocoroidite sendo o aspecto global muito sugestivo de toxoplasmose ocular em fase activa. A serologia da toxoplasmose apresentava IgG+ e IgM-. A serologia do VIH foi negativa. Iniciou azitromicina, pirimetamina e corticoterapia tópica com melhoria parcial. No entanto, uma semana depois recorre ao Serviço de Urgência por cefaleia intensa periocular e vómitos nos últimos 3 dias. Foi internado por suspeita de toxoplasmose cerebral que não se confirmou na PCR do LCR, TAC CE ou RM CE, admitindo-se que as cefaleias estariam em contexto de inflamação ocular não controlada. Alterou-se a terapêutica para sulfadiazina (substituída por clindamicina endovenosa durante a fase inicial, por vómitos) e pirimetamina, para além de corticoterapia local e sistémica, tendo cumprido 8 semanas com regressão total das queixas visuais e das cefaleias. A apresentação deste caso tem como objectivos alertar que não é necessária imunossupressão para desenvolver toxoplasmose ocular e que este é um diagnóstico a considerar em casos de uveíte posterior.

P 04

BRUCELOSE – UMA ZOOSE REEMERGENTE

Serpa Soares P., Paixão V., Grilo A.M. e Reina J. e Vaz J.

Serviço de Medicina I, Hospital José Joaquim Fernandes, ULSBA – Beja

Introdução: A brucelose é a zoonose mais comum, sendo causada pela *Brucella*, e transmitida através da ingestão de produtos contaminados, inalação de aerossóis ou contacto directo com animais infectados. A apresentação clínica é inespecífica, sendo fundamental uma história epidemiológica cuidada e confirmação diagnóstica através de meios laboratoriais.

Caso Clínico: Descreve-se o caso de um doente de 64 anos, pastor de gado ovino e caprino, com antecedentes pessoais de hábitos tabágicos e neoformação vesical em estudo, que recorre ao Serviço de Urgência por quadro de febre alta (T^{ax} 39°C), acompanhada de calafrios e artralgias. Analiticamente com anemia, discreta leucopenia, alteração da função hepática e reacção de Wright-Huddleson positiva (1:80); fez ecografia abdominal que revelou discreta esplenomegália, sem outras alterações. Assumiu-se o diagnóstico de brucelose, pediram-se serologias para *Brucella*, medicou-se o doente com doxiciclina e rifampicina e foi encaminhado para consulta externa. Na consulta de follow-up apresentava-se já assintomático, com melhoria dos parâmetros analíticos e com pesquisa de *Brucella* IgM positiva, que foi repetida posteriormente, mantendo IgM positiva. Foi ainda efectuada declaração de doença obrigatória.

Conclusão: Os autores pretendem com este caso alertar para a brucelose enquanto diagnóstico diferencial num contexto epidemiológico adequado, pois embora tendo um prognóstico favorável pode evoluir para a cronicidade, principalmente quando não tratada. Realiza-se então uma revisão temática focando os factores de risco e principais métodos diagnósticos.

P 05

UM CASO DE PICADA POR URTIGAS

Ana Patrícia Pereira, Joana Adrião, Pedro Beirão e Margarida Coelho

Serviço de Medicina Interna, Hospital Garcia de Orta, Almada

Resumo: Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 55 anos, com história de hipertensão arterial, síndrome depressiva e status pós acidente vascular cerebral isquémico sem sequelas, que recorreu ao serviço de urgência por sinais inflamatórios marcados, localizados no punho, mão e pé direitos, acompanhado de febre, disúria, polaquiúria e tenesmo vesical. Destacava-se história epidemiológica de picadas de urtiga na semana anterior com reacção inflamatória no membro inferior contralateral, sem traumatismo. Dos exames efectuados na admissão salientava-se aumento dos parâmetros de inflamação, leucocitúria e telerradiografia do tórax sem alterações. Ficou internada com o diagnóstico provável de artrite séptica e, após hemoculturas e urocultura, iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e flucloxacilina. Documentada bacteriemia a *Streptococcus* Grupo A

e ajustada medicação para penicilina. Dos exames efetuados no internamento de referir ecografia musculoesquelética que evidenciou exuberante tenossinovite da bainha dos extensores da mão com líquido não puro, sem artrite e, no dorso do pé direito, apenas edema intersticial subcutâneo sem envolvimento tendinoso ou articular. Teve alta após exclusão de focalização e melhoria clínica, com 28 dias de antibioterapia dirigida. Não apresentou necessidade de drenagem e manteve seguimento em consulta de medicina e fisioterapia. A tenossinovite infecciosa é uma infecção do revestimento interior da bainha do tendão que envolve maioritariamente as mãos, pulsos e cotovelos. A via hematogénea é esporádica e raramente associada a este agente. O tratamento adequado previne a limitação do movimento e necessidade de amputação.

P 06

AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE *IN VITRO* DA DAPTOMICINA EM ESTIRPES DE ESTREPTOCOCOS RESISTENTES À VANCOMICINA

Helena Brízido, Marta Manaças, Ana Bruschy Fonseca, Luís Marques Lito e José Melo Cristino

Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE – Hospital de Santa Maria, Lisboa

Introdução: As infecções nosocomiais por *Enterococcus spp.* resistentes à Vancomicina (VRE) apresentam-se como um desafio em relação às opções terapêuticas limitadas. O Linezolid é o antimicrobiano mais utilizado nestas estirpes multirresistentes. No entanto, há estudos que comprovam a susceptibilidade dos VRE à Daptomicina, e que validam este antimicrobiano como mais uma alternativa terapêutica nestas infecções.

Objectivos: Com este trabalho os autores pretendem testar a actividade *in vitro* da Daptomicina em estirpes de VRE, sendo que, segundo as recomendações dos comités (*CLSI* e *EUCAST*), só é lícito avaliar a susceptibilidade a este antimicrobiano por determinação da concentração inibitória mínima (MIC).

Material e Métodos: Testaram-se 24 estirpes de VRE isoladas em diversos produtos biológicos (hemocultura, urina, bilis, líquido ascítico e exsudado purulento) e consideradas como agentes de infecção. Avaliou-se a MIC da Daptomicina por ϵ -test (Biomerieux®) em estirpes de *Enterococcus spp.* resistentes à Vancomicina. Os resultados foram agrupados por diluições múltiplas à semelhança do método de referência.

Resultados: As MIC das 25 estirpes de VRE estudadas (2 *E. faecalis*, 1 *E. galinarum* e 21 *E. faecium*) variaram entre 0,094 e 3 μ g/mL. Cerca de 37,5% das estirpes apresentou uma MIC de 1 μ g/mL. Todas as estirpes foram igualmente susceptíveis *in vitro* ao Linezolid. Conclusões: Considerando que o *breakpoint* de susceptibilidade é ≤ 4 μ g/mL (*CLSI*) e que o cut-off epidemiológico é 4 mg/L (*EUCAST*), conclui-se que as estirpes VRE estudadas estão dentro do perfil de susceptibilidade.

P 07

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO PELO VÍRUS ÉBOLA – UMA ATUAÇÃO MULTIDISCIPLINAR PLANEADA E ESTRUTURADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

Verónica Florêncio^{1,2}, Sónia Gonçalves¹ e Ilda Roque¹

¹*Serviço de Urgência Geral (SUG) do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS)*

²*Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

Introdução: O vírus Ébola tem vindo a dominar as preocupações em saúde na atualidade, é descrito pela Direção Geral de Saúde (DGS)¹ como um vírus com uma elevada taxa de mortalidade. Este é o maior surto já conhecido desta doença, o que levou a OMS a declará-lo como uma emergência de saúde pública de âmbito internacional.

O SUG do CHS, de acordo com as diretrizes emanadas pela DGS desenvolveu um plano de abordagem ao doente com suspeita de infeção pelo vírus Ébola.

Objetivo: Desenvolver um procedimento de atuação no SUG do CHS, perante um doente com suspeita de doença de risco biológico (Ébola).

Material/Métodos: Em 08/2014 foi nomeado o grupo de coordenação local (GCL), envolvendo o SUG, a Comissão de Controlo da Infeção e o Serviço de Saúde Ocupacional.

Realizou-se um vídeo e uma *checklist* sobre colocação e remoção do EPI.

Resultados: No plano de contingência elaborado para o vírus Ébola, foi definido o circuito do doente, elaborados procedimentos para os diferentes intervenientes da equipa multidisciplinar, selecionado o «kit» de equipamento de proteção individual (EPI), e realizada formação teórico-prática à equipa multidisciplinar (110 profissionais).

Discussão/Conclusão: O procedimento de atuação realizado em caso de suspeita de doença pelo vírus Ébola revelou-se numa excelente oportunidade formativa para toda a equipa, capacitando-a para dar resposta a situações de risco biológico.

O procedimento foi ativado por duas vezes no SUG, com eficácia, embora os casos não tenham sido validados. Nestas situações, conseguiu-se restringir a circulação do doente e evitar a transmissão do agente, garantindo-se a segurança dos restantes doentes e dos profissionais de saúde.

Bibliografia:

1. DGS (2014). Orientação nº 012/2014 de 08/08/2014 atualizada a 01/12/2014. – Doença pelo vírus Ébola. Procedimentos Gerais. Acedido em 03/01/2015. Disponível em <http://www.ebola.dgs.pt/documentos-dgs/normas-e-orientacoes.aspx>.

P 08

ANÁLISE DO CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS NUM HOSPITAL DISTRITAL

Bianca Ascenção, Catarina Gonçalves, Ana Lourenço, Joana Sá, Paula Brito, Luís Duque, Isabel Chaves e José Poças

Serviço de Infeciologia, Hospital de São Bernardo, Setúbal

Introdução: A crescente resistência dos microorganismos aos antibacterianos, associada à escassez de novas opções terapêuticas, parece determinar o início de uma era pós-antibiótica quando nem cem anos passaram após a descoberta da penicilina. O consumo inadequado de antibióticos é um factor determinante deste problema.

Objectivo: Caracterizar a evolução do consumo de antibacterianos num hospital distrital, no período de 2011-2013.

Métodos: Estudo descritivo do consumo de antibacterianos pelas principais classes nos serviços de Medicina, Cirurgia, Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Urgência Central (SUC) entre 2011-2013, expresso em DDD/1000 doentes/cama.

Resultados: Diminuição de 14% no consumo total em 2013.

Entre 2011-2013: Diminuição do consumo de carbapenemes – 12,0% para 9,0% do consumo total.

Aumento do consumo de quinolonas 44%.

Aumento do consumo de antibióticos anti-MRSA (linezolida e vancomicina) 16%, constituindo 3,5% do consumo total.

Discussão/Conclusão: A nível nacional, o consumo hospitalar de antibacterianos diminuiu 2% em 2013, mas fomos o país europeu com maior consumo de carbapenemes – 9,8% e o consumo de glicopeptídeos foi também muito elevado – 4,2%.

Os resultados obtidos na nossa análise são relativamente sobreponíveis aos nacionais, com excepção para as quinolonas, cujo consumo a nível nacional decresceu. O consumo de carbapenemes diminuiu mas permanece ainda nos 9,0%.

Concluimos que apesar de uma evolução global favorável a utilização excessiva de quinolonas e carbapenemes é preocupante. Urge implementar uma política de antibióticos com normalização de procedimentos/práticas clínicas, apoiada na antimicrobial stewardship com vista a um uso mais racional dos antibióticos.

P 09

PNEUMONIA NECROTIZANTE NO CONTEXTO DA INFECÇÃO POR VIH

Joana Costa, Robert Badura, Salvato Feijó e Luís Caldeira

Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE

Introdução: Pneumonias por agentes raras, no contexto da infecção retroviral, podem constituir um desafio para o clínico. Seja pelos aspectos clínicos e sua capacidade de imitar outras patologias, A própria terapêutica antiretroviral e as profilaxias primárias, tem tido um pacto significativo, na diminuição da incidência de algumas destes patologias, tornando-se importante revisitá-las, quando ocorrem.

Caso clínico: Sexo masculino, 48 anos, internado para investigação de quadro de perda ponderal de 10Kg / quatro meses; tosse produtiva e dor no hipocôndrio esquerdo com irradiação ao ombro homolateral, com duas semanas de evolução. Diagnósticos prévios de infecção por VIH-1 (linfócitos T CD4+: 70/ul), diabetes mellitus, pancreatite crónica etanólica e hábitos tabágicos importantes. Analiticamente tinha anemia (8,5mg/dl), trombocitopenia, parâmetros inflamatórios ligeiramente elevados (PCR de 4,9mg/dL) e hiponatremia, e a radiografia do tórax mostrava nódulo homogéneo de 3 cm de maior eixo na base do hemitórax esquerdo. Iniciou empiricamente amoxicilina e ácido clavulânico, com agravamento clínico, analítico e radiológico. Realizou TC-torácica que mostrou condensação parenquimatosa em topografia postero-externa do lobo inferior esquerdo com áreas hipodensas, loculadas, com algumas bolhas gasosas no seu interior e imagens sugestivas de níveis hidroaéreos por cavitação, compatível com pneumonia necrotizante. Efectuou broncofibroscopia e alterou-se a terapêutica para piperacilina e tazobactam, com melhoria clínica e resolução da imagem na 2ª semana de tratamento. Isolamento em exame cultural de LBA de *Nocardia* spp. multisensível pelo que se alterou cotrimoxazol para dosagens terapêuticas e, teve alta assintomático.

Discussão: A bactéria ubiqüitária Gram positiva, ácido resistente, *Nocardia* spp, é normalmente transmitido por via inalatória, tornando o pulmão o local da infecção predileta. Outras formas de apresentação incluem afectações cutâneas ou disseminadas com envolvimento cardíaco ou cerebral. A infecção pulmonar, geralmente está associada a condições de imunossupressão grave e alcoolismo, pode surgir como pneumonia difusa, cavitação e formação de abscesso, como massa endo-brônquica ou localizada – assimilando-se com pneumonias necrotizante causadas por *P. aeruginosa*, *S. aureus*, *S. pyogenes* ou *K pneumonia*, ou imitando processos neo-formativos. Terapêuticas atempadas melhoram o prognóstico. Disseminações podem requer terapêuticas combinadas e, as vezes, medidas cirúrgicas, tornando o diagnóstico precoce um imperativo para garante de uma boa evolução.

PATROCINADORES CIENTÍFICOS



SPONSORS OURO



SPONSOR PRATA

abbvie

SPONSORS EXECUTIVE



COLABORAÇÃO



SECRETARIADO

AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL DO CONGRESSO

admédic⁺
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3. 1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19
E: ana.pais@admedic.pt | W: www.admedic.pt

admédic⁺
Tours

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3. 1000-027 Lisboa
T: +351 21 841 89 50 | F: +351 21 841 89 59
E: paula.cordeiro@admedictours.pt | W: www.admedictours.pt