

QUESTÃO 1

a. Paciente com varicela: internar em precaução para aerossóis e contato, tratar com aciclovir por 21 dias.

b. Contactantes:

- a) Não imunes a varicela em quimioterapia: indicar uso de imunoglobulina (VZIG) até 96 horas de exposição
- b) Não imunes, não imunossuprimidos: indicar uso de vacina para varicela
- c) Imunes (comprovação sorológica/carteira vacinal/antecedente de exposição: sem conduta específica
- d) Notificar ocorrência à VISA Municipal (desejável).

QUESTÃO 2

Indicador epidemiológico*	Valor	Unidade de Referência
Densidade de incidência de IH	27,58	IH/1000 pacientes-dia
IH / 100 pacientes de risco	22,22	% ou IH/100 pacientes de risco
Pacientes com IH	16,67	%
Densidade de incidência de ICS relacionada a CVC	3,85	ICS/1000 CVC-dia
Densidade de Incidência de ITU relacionada a SVD	4,00	ITU/1000 SVD-dia
Densidade de incidência de PN relacionada a VM	20,00	PN/1000 VM-dia
Densidade de uso de CVC*	0,90 0,89	-
Densidade de uso de SVD	0,86	-
Densidade de uso de VM*	0,69 0,68	-
Mortalidade Geral	16,67	%
Letalidade associada a IH	20,00	%

QUESTÃO 3

a. Principais hipóteses diagnósticas:

1. HIV/Aids, com tuberculose em ápices pulmonares (manifestação oportunística) e/ou Pneumocistose, pelos infiltrados bibasais.

2. Pneumocistose
3. Tuberculose

Não concordaria, pois com hipótese diagnóstica de Aids, as principais possibilidades diagnósticas seriam associação de tuberculose e pneumocistose, devendo ter sido necessário uso de SMX/TP, e investigação para finalidade de se ter diagnóstico de tuberculose.

b. Investigação de sorologias, incluindo as de triagem para o HIV, TRTB – teste rápido molecular para TBC, pesquisa e cultura de micobactérias, pesquisa e cultura de fungos, todos no escarro, gasometria arterial e exames gerais. Se hipoxemia, aumentaria chances de se ter pneumocistose, eventualmente como única infecção oportunística. Ações: sendo apenas HIV/Aids sem qualquer medida de isolamento, ou profilaxias; no entanto se houver positividade para TRTB, máscara no paciente, isolamento, e ver comunicantes diretos do paciente, incluindo profissionais para investigação de TBC, e/ou estado de portador e acompanhamento. Se positivo para COVID19, também isolamento respiratório de gotículas e contato.

QUESTÃO 4

a. Sim, o antibiograma está correto, pois pelas regras vigentes (do BrCast) a sensibilidade às Cefalosporinas deve ser reportada como aparecem no resultado do antibiograma, independentemente do mecanismo de resistência presente (ESBL ou AmpC).

A classe de escolha seria um carbapenêmico (Imipenem, Meropenem ou Ertapenem), já que há relatos de falha clínica e pior desfecho com uso de Cefepima, quando a bactéria é produtora de ESBL.

b. O antimicrobiano deve ser substituído, pois o *Enterobacter cloacae* tem resistência intrínseca à Ampicilina+Sulbactam, devido à presença do gene cromossomal *AmpC*, cujo produto é uma Beta-lactamase que hidrolisa esta droga.

QUESTÃO 5

a)

- A classe de escolha são as equinocandinas (Micafungina, Anidulafungina ou Caspofungina), pois as recomendações correntes indicam uso de equinocandinas em pacientes críticos com infecção moderada a graves por candida, dado melhor desfecho com uso destas drogas,

INFECTOLOGIA HOSPITALAR 2023 – RESPOSTAS ESPERADAS

além de existirem espécies de candida que apresentam resistência intrínseca aos azólicos (no caso fluconazol).

b)

- Deve-se retirar a fonte presumida de infecção, no caso o cateter central.
- Observar a positividade das amostras periféricas, e colher hemoculturas de controle entre 24 e 48h após o início da terapia antifúngica, até negatividade das mesmas.
- A duração da terapia deve ser de 14 dias após a primeira hemocultura negativa.
- A equinocandina pode ser descalorada para Fluconazol caso a espécie de candida se mostre sensível, o paciente esteja estável, com hemoculturas negativas e com foco infeccioso controlado.

INFECTOLOGIA HOSPITALAR 2023 – RESPOSTAS ESPERADAS