



## **Trabalhos Científicos**

**Título:** Endocardite Infecciosa Neonatal Por Staphylococcus Aureus

**Autores:** RENATA MAYUMI HAMAOKA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA ), ESTHER DE PAIVA MOTA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA ), JOÃO PAULO SILVA CEZAR (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA ), ADA MARIA FARIAS SOUSA BORGES (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA ), LETÍCIA LOPES DANTAS (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA ), RENATA FERNANDES COSTA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA ), THAYNNE ALMEIDA DINIZ (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA ), IAN CAMPELO DA SILVA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA ), LARISSA ARAÚJO DUTRA DA SILVEIRA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA ), HELENA DE OLIVEIRA MELO (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA ), BRUNA CANÇADO OLIVEIRA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA ), MAYARA SOARES MARTIN DA SILVA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA ), LORRANY CARNEIRO CAVALCANTE ZALTRON (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA ), NATHÁLIA GIRARDI NAGIB (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA ), MILENA CONDE NOGUEIRA PIRES (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA )

**Resumo:** Endocardite infecciosa (EI), constitui uma infecção bacteriana valvar ou não valvar do endocárdio, é rara em recém-nascidos (RN) e possui morbimortalidade significativas. A lesão característica é “vegetação”, composta por fibrina e aglomerados bacterianos, que destroem a estrutura do coração e causam embolia. A incidência de EI em crianças parece ter aumentado nos últimos anos, como resultado do aumento da expectativa de vida dos prematuros e maior uso de cateteres venosos centrais. RN pré-termo de 31 semanas e cinco dias, evoluiu, aos 14 dias de vida, com piora clínica, estava em uso de cateter central para nutrição parenteral. Hemocultura demonstrou *Staphylococcus aureus* e antibioticoterapia foi redirecionada para oxacilina e gentamicina para sinergismo. Ecocardiograma evidenciou vegetação (6 x 9mm) em valva tricúspide, insuficiência tricúspide moderada e forame oval pérvio. Evoluiu com edema de regiões abdominal, genital e membros inferiores. Iniciado enoxaparina, por hipótese de embolia e considerando tamanho da vegetação/trombo intracardíaco. Evoluiu com melhora do edema, mas queda importante do hematócrito. Após quatro dias de uso, enoxaparina foi suspensa. Pesquisas de hemorragias cerebral e renal foram negativas. Hemocultura com 12 dias de antibióticoterapia foi negativa. Ecocardiograma de controle após 14 dias demonstrou remissão completa de vegetação. Mortalidade associada à EI está entre 10 a 25, sendo maior em prematuros. O prognóstico está relacionado ao agente infeccioso, localização da vegetação, patologias concomitantes e complicações relacionadas aos êmbolos. Cardiopatia congênita é o principal fator de risco. Em nosso caso não foi identificado sopro cardíaco, embora este sinal seja importante nos critérios diagnósticos de Duke. O rápido diagnóstico associado aos avanços no tratamento, são essenciais para redução da mortalidade. Para diagnosticar a EI, um alto índice de suspeita é necessário, especialmente na presença de um cateter venoso central ou outro risco fator, sendo essencial uma extensa investigação para detectar quaisquer complicações associadas.