

Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

MATERIA:

MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA

TRABAJO:

“SÍNDROME DE TORCH”

ALUMNO:

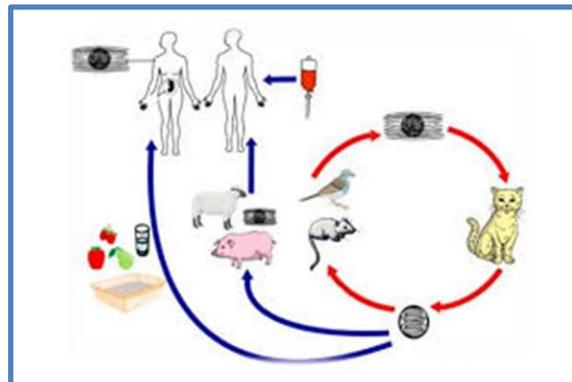
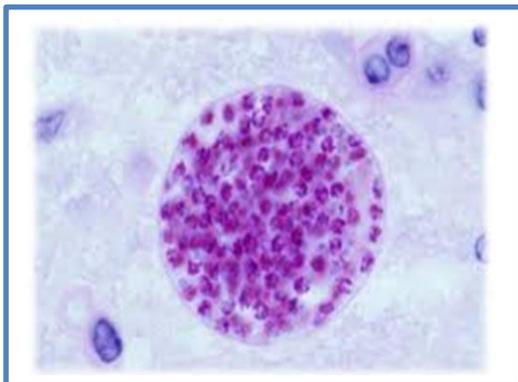
OSWALDO ZÚÑIGA ALFARO

DOCENTE:

GLADYS ELENA GORDILLO AGUILAR

En este artículo nos habla acerca del síndrome de TORCH el cual se conoce al conjunto de síntomas y signos presentes en el feto o recién nacido es producido por la infección de diferentes microorganismos tales como *Toxoplasma gondii*, *Treponema pallidum* y herpes simple a la madre, que se transmite al producto a través de la vía hematológica, la vía canal del parto, la lactancia materna y la vía ascendente, esta última cuando el microorganismo infecta el tracto genital materno y asciende hasta la cavidad intrauterina, ya que provoca corioamnionitis, rotura prematura de membranas e infección al feto.

En este artículo nos habla acerca de la “TOXOPLASMOSIS” y nos dice que es una enfermedad infecciosa producida por *Toxoplasma gondii*, protozoo tisular, de distribución cosmopolita e intracelular obligado. Se adquiere principalmente por ingestión de quistes de vegetales y frutas mal lavados o carne cruda o poco cocinada, al limpiar excrementos de gato (único huésped comprobado) o al realizar trabajos de jardinería sin guantes. Solo el 10 % de las mujeres inmunocompetentes que se infectan presentan sintomatología, usualmente leve e inespecífica, o puede dar lugar a un cuadro mononucleósico. Se transmite al embrión o al feto en la fase de parasitemia materna durante la primoinfección; es menos frecuente que se produzca durante las agudizaciones de la enfermedad crónica. Cuanto más precoz sea la infección en el embarazo menor será el riesgo de transmisión fetal (10-20 % en el primer trimestre, 25-30 % en el segundo y 60-80 % en el tercero), pero las consecuencias para el feto serán más graves si la infección es precoz, que si se trasmite en fases tardías.



De igual manera nos menciona a la sífilis en el embarazo y nos dice el artículo que la sífilis en Chile tiene una tasa de incidencia de 22,3 por 100.000 habitantes en el año 2014; 23% de los casos notificados de sífilis correspondieron a mujeres embarazadas, de las cuales 35 y 34% cursaron con una sífilis latente precoz y latente tardía, respectivamente, 9% con sífilis primaria y 5% sífilis secundaria. La tasa de sífilis congénita confirmada, de acuerdo a criterios epidemiológicos, fue de 0,24-0,25 por 1.000 RN vivos. Los factores de riesgo materno relacionados con la Infección nos mencionan 11 causas más frecuentes por ejemplo la falta de control del embarazo, abuso de sustancias, comercio sexual, haber recibido tratamiento para la sífilis con antimicrobianos distintos a penicilina benzatina o haberse. La principal vía de transmisión es trans-placentaria, si bien se describen casos que la han adquirido por contacto directo con secreciones o lesiones activas ricas en *T. pallidum*, presentes al momento del paso del RN, por el canal del parto. No se transmite por leche materna.

Y nos dice que la detección de la sífilis en el embarazo por medio del tamizaje con serología no treponémica en la mujer embarazada ha demostrado ser una buena estrategia. El tamizaje durante el embarazo debe realizarse siempre con técnicas no treponémicas cuantitativas; entre las recomendadas están el RPR y el VDRL. Es recomendable utilizar la misma técnica durante toda la gestación, dado que esto permite evaluar la evolución de la curva serológica, su respuesta al tratamiento y detectar posibles re-infecciones. La confirmación del diagnóstico de la primo-infección en la mujer embarazada se realiza con pruebas serológicas treponémicas (MHA TP-microhemaglutinación de *T. pallidum* y FTA Abs-fluorescent *T. pallidum* antibodies). Estas pruebas no son útiles para realizar seguimiento, dado que, en la gran mayoría de los casos, permanecen reactivas durante toda la vida, con posterioridad a la infección.

