



Nombre del alumno: Hugo Gerardo
Morales Gordillo.

Nombre del Docente: Gladys Elena
Gordillo Aguilar

Materia: Microbiología y
parasitología

Grado: Segundo semestre

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 30 de junio del 2020.

TORCH

La toxoplasmosis es una enfermedad que se produce como consecuencia de una infección por el parásito *Toxoplasma gondii*, uno de los parásitos más comunes del mundo. La infección suele contraerse al comer carne contaminada mal cocida, exponerse a heces de gato infectadas o mediante la transmisión de madre a hijo durante el embarazo. Se puede transmitir parásitos de madre a hijo cuando ocurre solo después de que la infección está infectada Primer embarazo y mayor frecuencia. A medida que avanza el embarazo en términos generales, un tercio de las madres tienen infecciones agudas. Desarrollo normal; sin embargo, el 4% de las personas pueden morir por daño nervioso permanente el compromiso visual inicial de la vida.

Existen cuatro formas de presentación de esta enfermedad:

Enfermedad neonatal: RN gravemente afectado con expresión clínica de una enfermedad generalizada, compromiso del sistema nervioso central (SNC) y con secuelas que no siempre serán modificables con el tratamiento.

Enfermedad que se manifiesta en los primeros meses de vida: Se incluyen los niños nacidos con enfermedad, aquellos con reconocimiento tardío de la enfermedad independientemente de la gravedad de los síntomas y niños que nacieron asintomáticos y los síntomas se manifestaron tardíamente. El diagnóstico del niño se efectúa meses después del nacimiento. Los signos y síntomas pueden desaparecer con el tratamiento.

Enfermedad que se manifiesta tarde en la vida: Se diagnostica por la presencia de una secuela o la reactivación de una infección no diagnosticada durante la infancia. Se presenta con frecuencia como corio-retinitis y es menos frecuente con síntomas neurológicos como convulsiones o hidrocefalia por estenosis de un acueducto.

Infección asintomática: El 90% de los niños infectados son clínicamente sanos y muestran IgG persistentes o crecientes como única expresión de su infección. Pueden padecer secuelas o desarrollar corio-retinitis, sordera, hidrocefalia, RM o RDSM años más tarde, por lo que requieren tratamiento.

Detección de IgM materna no necesariamente significa infección aguda porque puede persistir por más de un año bajo estas circunstancias se pueden realizar otras pruebas para determinar como es el ejemplo de la prueba de afinidad y prueba de IgA u obtenga el segundo muestras de IgG, tres semanas después, de estar observando si hay diferencias significativas Título de anticuerpos. Todos los pacientes con TC, independientemente de su condición clínica al nacer, debe recibir tratamiento. Todos los niños con CT deben ser seguidos hasta un año después de la pubertad. El tratamiento debe ser financiado, examen serológico completo y ecografía o tomografía cerebral computarizado basado en la historia al nacer.

SIFILIS

La sífilis congénita corresponde a una infección transplacentaria causada por *Treponema pallidum*, La madre tiene sífilis no tratada o no tratada, el producto del embarazo, esta infección afectará el feto en cualquier etapa del embarazo también. La infección varía según la etapa de desarrollo de la enfermedad en mujeres embarazadas y va relacionado con la lesión fetal en donde se tiene la capacidad de provocar una respuesta inmune, especialmente después de 16-20 semanas del embarazo.



Las detecciones de sífilis se han visto en hechos que han demostrado que la serología no paratiroidea es una buena estrategia entre las mujeres embarazadas. Sífilis congénita, como reducir la incidencia. por lo tanto, parto prematuro y muerte fetal y perinatal. la razón. La detección debe hacerse durante el

embarazo en donde se utilice siempre tecnología cuantitativa no coclear; Los recomendados son RPR y VDRL. es también se recomienda utilizar la misma técnica durante todo el proceso. Embarazo ya que esto puede ser evaluado una curva serológica, su respuesta al tratamiento y a las pruebas.

Se describen dos formas de presentación de la sífilis congénita, la forma precoz, que se manifiesta en los dos primeros años de vida y la forma tardía que se presenta después de esa edad. Las manifestaciones clínicas de la sífilis congénita precoz, va desde la forma multisistémica, oligosintomática a la asintomática, siendo esta última la forma más frecuente

ENFERMEDAD DE CHAGAS

La enfermedad de Chagas es una zoonosis parasitaria causada por *Trypanozoma cruzi*, cuyo vector es *Triatoma infestans* ("vinchuca") y es endémica en 21 países de Latinoamérica, incluido Chile, perteneciendo al grupo de las enfermedades olvidadas. Infección materna crónica del destino del embarazo o NB, si no se extiende a feto

Cuando el feto está infectado, el riesgo de parto prematuro, ruptura prematura de membranas debido al bajo peso al nacer y la inflamación. Placenta. En el primer trimestre del embarazo y también la propagación puede ser anormal y ocurrir en Mayor frecuencia en el segundo o tercer trimestre. Cuando se forma el flujo sanguíneo placentario continuo y difuso, promueve el intercambio sanguíneo

Placenta fetal. Sin embargo, como la mayoría de las personas así mismo la mujer estaba infectada antes de que comenzara el embarazo. Incapaz de determinar el momento exacto de transmisión parásito.

Factores de riesgo de transmisión congénita. son:

- Madres que viven o se mudan de áreas endémicas.
- Madres que viven o emigran desde grandes altitudes. Velocidad de transmisión.
- Antecedentes de infecciones congénitas de hermanos.
- La madre tiene una enfermedad parasitaria detectable (rpc en la sangre positivo).
- Madres con respuesta inmune reducida. Célula T mediada.
- Mujeres embarazadas coinfectadas con VIH o malaria.

El diagnóstico de infección en la madre se realiza por serología mediante IF y/o ELISA y se recomienda en toda mujer embarazada: residente en zonas endémicas, residente en zonas no endémicas y que han recibido transfusiones de sangre en zonas endémicas, residentes en zonas no endémicas y que han nacido o vivido en zonas endémicas o cuya madre haya nacido en zonas endémicas

Una vez hecho el diagnóstico, el inicio del tratamiento debe ser inmediato con benznidazol o nifurtimox; en Chile sólo existe disponibilidad de nifurtimox. Si bien no existen estudios randomizados, la experiencia clínica indica que ambos fármacos son igualmente efectivos.

La dosis recomendada de benznidazol en niños y adultos es de 5-7 mg/kg/día y en RN y hasta 1 año de edad pueden usarse dosis de 10 mg/kg/día. La dosis recomendada de nifurtimox en RN y niños es de 10-15 mg/kg/día. La duración del tratamiento recomendada es de 60 días y no menos de 30 días

RUBEOLA

Enfermedad exantemática clásica de la infancia e inmunoprevenible, que tiene como único reservorio al ser humano. Este virus ARN (una hebra de polaridad positiva) pertenece a la familia Togaviridae, al género Rubivirus y es el único exponente de este género con sólo un serotipo, pudiendo diferenciarse diversos genotipos. Posee tres polipéptidos estructurales: las glicoproteínas E1, E2 y proteína de la cápside C, además de otras proteínas no estructurales que participan en la replicación y transcripción. Se transmite por vía respiratoria a través de gotitas, contacto y por vía trans-placentaria.



La rubéola congénita es una enfermedad progresiva por persistencia de la infección viral y deficiencias en respuesta inmune, que puede progresar hasta los dos años de vida. Cincuenta a 70% de los niños con infección congénita por rubéola pueden aparecer como aparentemente normales en el momento del nacimiento. Además pueden identificarse alteraciones transitorias como hepato-esplenomegalia, meningo-encefalitis, trombocitopenia, con o sin púrpura, y radiolucencia ósea.

El diagnóstico se realiza por la determinación de IgM específica en sangre o por la demostración de IgG sérica persistente entre los seis y 12 meses de vida. Adicionalmente, para confirmar la infección, puede realizarse RPC en ANF, orina, LCR y sangre hasta el año de vida.

No existe tratamiento disponible para la madre durante la infección aguda ni para el RN infectado por lo que todos los esfuerzos terapéuticos deben estar puestos en la profilaxis con vacuna durante la infancia y durante las campañas periódicas de vacunación realizadas para tal efecto.

HERPES SIMPLEX

Los virus herpes simplex (VHS) 1 y 2 pertenecen a la familia Herpesviridae. Son virus con un ADN de doble hebra, recubiertos por una nucleocápside icosaédrica; estructuralmente son prácticamente indistinguibles entre sí. El hombre es el único reservorio natural conocido⁹⁰⁻⁹⁴. Se contagia desde un individuo con lesiones en la piel o mucosas o durante su excreción asintomática a través de la saliva (VHS-1), el semen o secreción vaginal (VHS-2). Si el contacto es directo, la mayoría de las personas se infectan de manera asintomática.

La infección en el RN se adquiere por tres vías diferentes: in utero (intrauterina), intraparto (perinatal) o postparto (postnatal); 85% de los RN se infecta por la vía intraparto, 10% por la vía postnatal y sólo 5% in utero.

Las infecciones adquiridas intraparto o postparto se pueden presentar clínicamente como enfermedad diseminada, con o sin compromiso del SNC, encefalitis herpética o enfermedad de piel-ojo-boca. De manera global, aproximadamente 50% de las

infecciones por VHS neonatal cursan con compromiso del SNC (encefalitis y/o enfermedad diseminada con compromiso de SNC) y 70% tienen lesiones vesiculares características en la piel.

