



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

“Resumen TTRS

Materia:

Pediatría

Docente:

Dr. Anzony Robles

Alumna:

Diana Carolina Domínguez Abarca

Semestre:

6°A

Enfermedades infecciosas

Existen numerosas infecciones bacterianas, virales y parasitarias que pueden transmitirse de la madre al feto o recién nacido durante la vida intrauterina al pasar por el canal del parto o en el periodo posnatal y se representan diferentes riesgos para su viabilidad y desarrollo.

TOBCH se utiliza en forma universal para caracterizar aquel feto o RN que presenta un cuadro clínico compatible con una infección congénita y permite un enfrentamiento racional tanto diagnóstico como terapéutico.

La sospecha diagnóstica puede plantearse frente al antecedente de una exposición conocida durante el embarazo con seroconversión materna demostrada, frente a hallazgos ecográficos específicos en los controles prenatales de rutina o frente a un Recién Nacido habitualmente en PEG que presenta ictericia, petequias, vicioregalia o un síndrome séptico que no responde a las medidas habituales con cultivos persistentemente negativos. Habitualmente la recomendación es hacer un enfrentamiento diagnóstico en base a las condiciones clínicas y epidemiológicas del Recién Nacido y su madre, con un estudio etiológico que considere los agentes más probables para cada caso particular.

Toxoplasmosis

Agente etiológico: *Toxoplasma gondii*

Protozoo intracelular de distribución cosmopolita que se trasmite a través del contacto con deposiciones de -

Gatos que contienen oocistos y/o el consumo de carnes crudas o mal cocidas con quistes del paracito.

Transmisión:

La transmisión puede ocurrir únicamente cuando la infección se adquiere por primera vez en el embarazo y el riesgo aumenta gradualmente con el progreso de la gestación, siendo más severo el daño al feto a menor edad gestacional. El diagnóstico global de transmisión transplacentaria es de 40% y en las 3 últimas semanas de gestación puede llegar al 90%.

Cuadro clínico:

La infección materna es asintomática o puede asimilarse a un cuadro gripal.

La infección del recién nacido se manifiesta en la vida intrauterina o posterior al momento de nacer mediante conorretinitis, ceguera hidrocefalia, convulsiones cerebrales, epilepsia, retraso mental, las lesiones corioretinales y cerebrales son las más características y más graves con lo que debe buscarse en forma dirigida. diagnóstico

Diagnóstico:

El diagnóstico prenatal se hace en base a serología materna. La presencia IgM no necesariamente traduce infección aguda a dado que puede persistir más de un año posterior a la infección. Se sugiere complementar estudio materno con IgM y test deavidéz de IgG; los anticuerpos de alta avidéz aparecen de 12 a 16 semanas post infección lo que permite establecer una exposición mayor a 3 a 4 meses. En caso de realizarse amniocentesis de

Recomienda estudio de líquido cefalorraquídeo con RPE para Toxoplasma.

El estudio complementario del RN: Encefalograma con fórmula leucocitaria función hepática, ECG cerebral como screening de compromiso SNC y TAC o RMN para definir presencia de lesión, tipo de lesiones fondo de ojo, PL con estudio serológico de LCM y eventual RPE Toxoplasma LCR.

Tratamiento

Esta indicado tratar a todos los RN con sospecha y/o enfermedad crónica. El tratamiento es durante todo el día de vida con piperacetamida, Sulfadiazina y ácido fólico; en caso de compromiso coriorretina y/o de URE debe asociarse el uso de corticoides.

Enfermedad de chagas

Agente etiológico *Trypanosoma cruzi*.

Protozoo endémico de las Américas cuyo vector principal es el triatoma infestans. La infección se produce a través de las deposiciones de un triatoma infectado, transfusiones de sangre o de órganos sólidos, transplacentaria o ingestión oral de alimentos o líquidos contaminados.

Transmisión:

La infección congénita puede presentarse en los fuses apéndice y conico de la infección materna puede repetirse en cada embarazo y puede transmitirse de una generación a otra. La mayoría de las veces se da en una madre Opositiva que se encuentra en fase crónica y determinada o asintomática de la enfermedad.

Cuadro clínico:

La mayoría de los RN son asintomáticos. Se considera sospechoso aquel RN hijo de madre infectada a que presente convulsiones, hepato-esplenomegalia, cardiomegalia, distress respiratorio, hidrops fetal, prematuridad, a que es asintomático pero con antecedentes maternos de la enfermedad.

Rubeola:

Agente etiológico: Virus Rubeola.

Virus RNA capaz de transmitirse por vía respiratoria, contacto y transplacentaria.

Transmisión:

La afectación fetal se da cuando la madre sufre la infección durante los primeros 20 semanas de gestación siendo mayor la incidencia a menor edad gestacional de 85-95% los primeros 8 semanas y 16% y las 13 y 20 semanas.

Cuadro clínico:

El síndrome de Rubeola congénita (SRC) puede ser asintomático en 50-70% de los recién nacidos.

Los defectos más frecuentes son los cardiopatías (DAR-CIU, CIA, estenosis AP), microcefalia, catarata, congénita microftalmia, retinopatía en sal y pimienta e hipoacusia sensorio neural.

Citomegalovirus

Agente etiológico: Virus Citomegalovirus
Virus ADN de la familia Herpesviridae de reservorio exclusivo humano capaz de establecer latencia y permanece de por vida dentro de los linfocitos generalmente reactivaciones con excreción viral.

Transmisión
La transmisión puede ocurrir mayoritariamente cuando la infección se adquiere por primera vez durante el embarazo (30-40%) aunque también puede presentarse frente a reactivaciones y/o reinfecciones (1-2% de transmisión) siendo más severo el daño al feto a menor edad gestacional.

Cuadro Clínico
La infección materna es asintomática o puede oscilar un cuadro gripal. La infección en el RN puede ser sintomática o asintomática comprometiéndose mayoritariamente el SNC, microcefalia, ventriculomegalia.

Herpes Neonatal
Agente etiológico: Virus Herpes Simple
Virus DNA de la familia Herpesviridae de reservorio exclusivo humano capaz de establecer latencia y permanecer de por vida dentro de los ganglios sensitivos, generando reactivaciones virales.

Transmisión
La infección en el RN se adquiere por tres vías diferentes: Intrauterina 5%, Intraparto 85% o Posparto 10%.

Cuadro Clínico
Infección diseminada (10-12 días) compromiso multisistémico, incluyendo SNC, Pulmón, hígado
Glándula Suprarrenal, piel, ojos y boca 20% puede no presentar vesículas.