



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

INFECCIONES EN EL RECIEN NACIDO

Alumno: María José Villar Calderón

Docente: Dr. Jeffery Anzhony Cruz Robles

Materia: Pediatría

Semestre: 6° A

INFECCIONES DEL RECIÉN NACIDO

Las infecciones en los RN son de gran preocupación, sobre todo en RN prematuros, ya que tienen un sistema inmunológico poco desarrollado. Aunque ciertas anticuerpos protectores pasan del feto a la madre a través de la placenta, las concentraciones de anticuerpos en la sangre del feto pueden no ser lo bastante elevadas para combatir una infección.

Los fetos y RN pueden contraer una infección a través de

- Útero
- Durante el nacimiento
- Después del nacimiento

Los gérmenes implicados predominantes son: Virus y parásitos.

• **T**oxoplasma

• **R**ubeola

• **C**itomegalovirus

• **H**erpes virus simple

• **S**ifilis

Otros:

• Varicela-Zóster

• Parvovirus B19

• VIH

• Enterovirus

• Hepatitis B

• Hepatitis C

• Tuberculosis

• Malaria

• Enf. de Chagas

• **P**revención

- Inmunización Activa: Rubéola, Hepatitis C, Varicela Zóster.

- Detección durante la gestación:

- Primer trimestre de gestación: Serología (Rubéola, Sifilis, Hepatitis B, VIH).

- Inmunizaciones durante el embarazo

- Evitar contacto con personas infectadas; ETS.

- Buena alimentación (vigilar productos portadores de infección)

- Higiene

• Diagnóstico durante la gestación

- Serología materna previa y durante el embarazo
- Clínica materna de infección
- Alteraciones ecográficas prenatales sugestivas de infección congénita. (No es específico)
- Detección del MO en líquido amniótico y Sangre fetal

* Lo más frecuente es la detección de una seroconversión materna o de signos sugestivos de infección fetal en las ecografías prenatales.

• Diagnóstico de laboratorio de infección congénita en el periodo neonatal

- PCR: Más sensible y específico, es el método de elección
- Serología: Estudio de sífilis, Control de la gestante (IgG, IgM, IgA iniciales y derivadas)
- Estudio de lesiones cutáneas: Util Varicela Zoster y herpes Simple
- Cultivo celular: Cultivos de orina para citomegalovirus y Rubéola, y de heces para enterovirus.

• Sintomatología Neonatal Sugestiva de Infección Congénita.

El diagnóstico de infección congénita, existe una serie de manifestaciones clínicas de presentación aislada, pero generalmente asociadas en forma de síndrome

Manifestaciones en la Edad Gestacional y en la antropometría

- ✓ Prematuridad
- ✓ Retardo crecimiento IU
- ✓ Bajo peso para la edad gestacional
- ✓ Microcefalia

Alteraciones hematológicas

- ✓ Anemia
- ✓ Trombocitopenia

Manifestaciones en la piel

- ✓ Lesiones cutáneas
- ✓ Ictericia

Manifestaciones en los órganos

- ✓ Hepatoesplenomegalia
- ✓ Cardiopatía
- ✓ Neumonitis
- ✓ Lesiones óseas

Manifestaciones Sensoriales

- ✓ Sordera neurosensorial
- ✓ Cataratas
- ✓ Retinopatía
- ✓ Glaucoma

Manifestaciones SN

- ✓ Hidrocefalia
- ✓ Meningoencefalitis
- ✓ Calcificaciones Intracraneales

• TOXOPLASMOSIS

Agente Etiológico

Toxoplasma gondii

Transmisión

A través del contacto con deposiciones de gatos que contienen oocistos y/o consumo de carnes crudas o mal cocidas con quistes del parásito.

Cuadro Clínico

• Infección materna: Asintomática o similar a cuadro gripal.

• Infección RN: Se manifiesta en la vida IV o posterior al momento de nacer

✓ Coriorretinitis

✓ Ceguera

✓ Epilepsia

✓ Hidrocefalia

✓ Calcificaciones intracraneales

✓ Retardo mental y to-BDSM

- Lesiones coriorretinales y cerebrales son las más características y graves.

Diagnóstico

• Serología materna IgM + IgG → Dx prenatal.

• IgM e IgG⁺

• PCR en sangre, orina o LCR.

• Hemograma con fórmula leucocitaria

• función hepática

• ECO cerebral

• TAC o RM

Dx en RN.

Tratamiento

- Infección congénita sintomática
- Infección congénita asintomática
- Infección congénita dudosa

Antes del primer año de vida.

- ✓ Primetamina
- ✓ Sulfadiazina
- ✓ Ácido fólico

- Compromiso del V.O. y/o
Coriorretinitis

✓ Prednisona

Seguimiento

Una vez finalizado el año de tratamiento debe realizarse curva serológica (IgG), fondo de ojo y ecografía cerebral. Luego el seguimiento es anual o bianual con evaluación clínica y neurológica y de fondo de ojo hasta pasada la adolescencia.

Enfermedad de Chagas

Agente Etiológico:

Trypanosoma cruzi

Transmisión:

A través de las deposiciones de un triatoma infectado (vectorial), transfusiones de sangre o de órganos, transfusionario o ingestión oral de alimentos o líquidos contaminados.

Cuadro Clínico

- La mayoría de RN son asintomáticos.
- Se considera sospechoso aquel RN hijo de madre infectada que presenta:

- ✓ Convulsiones
- ✓ Hepatoesplenomegalia
- ✓ Hidrops fetal
- ✓ Asintomático, con antecedentes maternos de la enfermedad.
- ✓ Cardiomegalia
- ✓ Distress respiratorio
- ✓ Prematuro

Diagnostico

- Embarazada: Serología. Se recomienda screening con IgG en el primer control prenatal.
- RN: Parasitemia en sangre o PCR.

tratamiento

- Nifutimox 10-15 mg/kg/día
- Benzhidazol 5-7 mg/kg/día VO por 60 días
- Se recomienda asociar: Fenobarbital 3-5 mg/kg/día los primeros 10 días (disminuye efectos adversos)

Seguimiento

Negativación de serología y PCR finalizado el tratamiento.

Rubeola.

Agente Etiológico

Virus Rubeola.

Transmisión.

- ✓ Vía respiratoria, contacto o transplacentaria
- ✓ Madre durante los primeros 20 SDC.

Cuadro clínico

- Dx. de rubéola congénita puede ser antinámico
- Cardiopatías congénitas (DAP, CIV, CIA, estenosis AP)
- Microcefalia
- Microftalmia
- Cataratas congénitas
- Retinopatía
- Hipoacusia

Diagnóstico

- Madre: IgM e IgG positivas en el contexto de un exantema febril
- RN: IgM o persistencia IgG 1^{ro} año de vida.
PCR.

Tratamiento

No existe tratamiento específico para la madre y RN

Citomegalovirus

Agente Etiológico
Citomegalovirus

Transmisión

Puede ocurrir cuando la infección se adquiere durante el embarazo (30-40% de transmisibilidad)

Cuadro clínico

- Madre: Asintomática o similar a cuadro gripal.
- RN: Puede ser sintomática o asintomática
- compromete SNC: microcefalia, ventriculomegalia, calcificaciones cerebrales, coriorretinitis e hipoacusia.

Diagnostico

- Diagnostico prenatal: En base a serología materna.
 - ✓ IgM + IgG + Test de avidos de IgG
 - ✓ Amniocentesis: liquido amniotico DCP para CMV.
- Diagnostico RN: Antes de las 3 semanas para diferenciar infección adquirida postnatal.
 - ✓ Shell vial
 - ✓ DCP. (orina o saliva)

Tratamiento

- Embarazada: Ig especifica para CMV (Cytogam)
 - * Activated contraindicados.
- RN: Ganciclovir 6 mg/kg e/12 hrs ev x 42 dias
 - ✓ Terapia supresiva: val ganciclovir 16 mg/kg e/12 hrs VO por 6 meses de vida.
- × RN >1 compromiso SNC: Ganciclovir no preventivo depende estado clinico del paciente.

Seguimiento

- Es permanente con especial énfasis en los trastornos del neurodesarrollo
- Aparición de hipocausia sensorio neural en los primeros 2 años de vida.

Herpes Neonatal

Agente Etiológico

Virus Herpes Simplex

Transmisión

La infección de RN se adquiere por 3 vías

- In útero (5%)
- Intraparto (85%)
- Posparto (10%)

Cuadro Clínico

✓ Infección diseminada (10-12 días de vida)

◦ Compromiso multisistémico

✓ Se presenta como una sepsis viral

◦ Falla Respiratoria

◦ Falla hepática

◦ Coagulación intravascular diseminada

✓ Encefalitis (16-19 días de vida)

◦ Rechazo alimentario

◦ Convulsiones

◦ Letargia

◦ Comp. de conciencia

◦ Comp. hemodinámico

✓ Piel, ojo, boca (10-12 días de vida)

◦ Rash vesicular

Diagnóstico

✓ PCR de HSV es sangre

✓ Gold Estándar: PCR

Tratamiento

✓ Aciclovir 20 mg/kg / c / 8 horas ev por 21 días

✓ Aciclovir 300 mg / m² c / 8 hr VO los primeros 6 meses posteriores

Sifilis

Agente Etiológico

Treponema Pallidum

Transmisión

- De forma transplacentaria durante la caproquetemia materna.
- Perinatal por canal de parto
- Secreciones vaginales.

Cuadro Clínico

- SIFILIS CONGENITA PRECOZ: Se manifiesta hasta los 2 años, general asintomática.

• Presentación multisistémica:

- Séptico
- Anemia
- Uveítis
- DCIU
- Trombocitopenia
- Hepato-esplenomegalia
- Hepatitis
- Compromiso SNC
- Pancreatitis
- Neumonía alba
- Glomerulonefritis
- Osteocondritis
- Corioventinitis
- lesiones en la piel

• Sifilis congenita TARDIA:

• En casos de sifilis congenita no tratada

• En la pubertad

- Queratitis intersticial
- Gomas sifilíticas
- Neurosifilis
- compromiso cardiovascular

• Neurosifilis: Asintomática, en cualquier forma clínica.

Diagnostico

• Sífilis congénita confirmada:

- Presencia de *T. pallidum* en secreciones o tejidos del RN, VDRL o RPR del RN \geq o igual a diluciones de la madre al momento del parto

- Sífilis

• Sífilis congénita probable:

- RN hijo de madre con sífilis o signos sugerentes de infección
- Estudio complementario del RN: VDRL en sangre
 - LCR
 - Rx de huesos largos
 - Hemograma
 - Fondo de ojo
 - Recuento de plaquetas
 - Función hepática
 - función renal

• Neurosífilis:

- > 25 leucocitos/ml
- Proteínas sobre 150 mg/dl
- VDRL reactiva en el LCR.

Tratamiento

- PNC sódica, 50000 U/Kg c/12 hr en menores 7 días, cada 8 hrs en RN 8-28 días
- con o sin neurosífilis x 10 días en total.

BIBLIOGRAFÍA:

Dra. Fernanda M. Cofré S. (2017). SINDROME DE TORCH. abril 2021, de Manual de neonatología Sitio web:

http://www.neopuertomontt.com/guiasneo/Guias_San_Jose/GuiasSanJose_21.pdf

J. Badia Barnusell, C. Figaró Voltà, M. Domingo Puiggròs, V. Aldecoa Bilbao. (2017). Infecciones congénitas. abril 2021, de Órgano de expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria Sitio web: [https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-07/infecciones-congenitas/#:~:text=La%20infecci%C3%B3n%20por%20citomegalovirus%20\(CMV,del%20nacimiento%20\(infecci%C3%B3n%20postnatal\).](https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-07/infecciones-congenitas/#:~:text=La%20infecci%C3%B3n%20por%20citomegalovirus%20(CMV,del%20nacimiento%20(infecci%C3%B3n%20postnatal).)