



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE MEDICINA



INFECCIONES PERINATALES



DRA. BIVIANA LUNA
DECIMO SEMESTRE

INFECCIONES PERINATALES



DEFINICION

ENFERMEDADES INFECCIOSAS TRANSMITIDAS DE MADRE A HIJO DURANTE LA GESTACIÓN MANIFESTÁNDOSE AL NACIMIENTO AFECTADO POR LA INFECCIÓN CONGÉNITA Y QUE ES PRODUCIDA POR DIVERSOS AGENTES ETIOLÓGICOS TANTO VIRALES COMO PARASITARIOS Y MICÓTICOS

SINDROME TORCH

TORCH

✓ **TOXOPLASMOSIS**

✓ **OTROS** →

✓ **RUBEOLA**

✓ **CITOMEGALOVIRUS**

✓ **HERPES**

- ✓ VARICELA
- ✓ SÍFILIS
- ✓ VPH
- ✓ VIH
- ✓ PARVOVIRUS B19
- ✓ MALARIA
- ✓ TBC



CARACTERISTICAS EN COMUN DE AGENTES DEL TORCH



La fuente de infección fetal es la viremia, que se produce en una primoinfección,

El diagnóstico es serológico o por técnicas de biología molecular

La expresión clínica es similar en todas ellas, pero con amplio margen de variabilidad

La transmisión puede ocurrir por vía transplacentaria o por contacto directo con el patógeno durante el parto

VIAS DE INFECCIÓN

VÍA HEMATÓGENA

- ***microorganismo invade el torrente circulatorio materno, atraviesa la placenta***

VÍA CANAL DEL PARTO

- ***El microorganismo infecta el tracto genital de la madre***

VÍA ASCENDENTE

- ***El microorganismo infecta el tracto genital materno y asciende hasta la cavidad intrauterina provocando corioamnionitis, rotura prematura de membranas e infectando el feto.***

TOXOPLASMOSIS



TOXOPLASMOSIS

FORMAS CLÍNICAS EN RN

- 5% PRESENTAN TÉTRADA SINTOMÁTICA DE SABIN (HIDROCEFALIA, CALCIFICACIONES INTRACRANEALES, CONVULSIONES Y CORIORRETINITIS)
- 10% PUEDEN PRESENTAR LESIONES AISLADAS DEL SNC U OCULARES DE PRONÓSTICO VARIABLE
- 85% DE LOS RN INFECTADOS ESTARÁN ASINTOMÁTICOS AL NACER, PERO DE ELLOS UN 20-30% PUEDE DESARROLLAR AFECTACIÓN NEUROLÓGICA Y CORIORRETINITIS

TOXOPLASMOSIS

DIAGNOSTICO (GESTANTES)

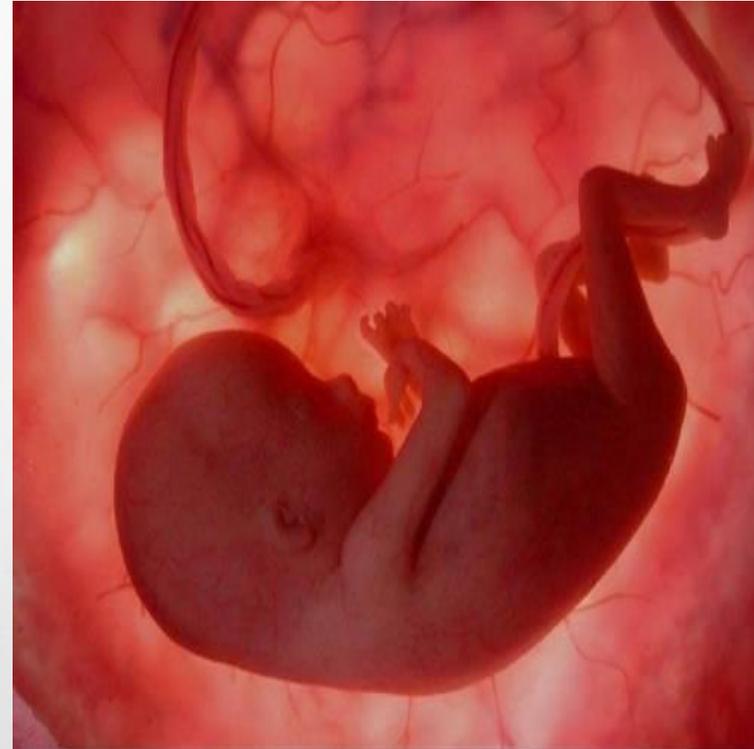
- DETECCIÓN DE SEROCONVERSIÓN
- PRESENCIA DE IGG DE BAJA AVIDEZ Y TÍTULOS ELEVADOS DE IGM



TOXOPLASMOSIS

DIAGNOSTICO (FETAL)

- **AMPLIFICACIÓN DEL GEN B1 POR TÉCNICA DE PCR EN LÍQUIDO AMNIÓTICO A PARTIR DE LAS 18-20 SEMANAS DE GESTACIÓN**



TOXOPLASMOSIS

TRATAMIENTO (GESTANTES)

*Desde sospecha hasta
Dx Espiramicina 1gr
cada 8h*

*Desde semana 20
pirimetamina + sulfadiacina
y ác. folínico hasta el
final del embarazo*

*la administración precoz de
estos fármacos, disminuye de
forma significativa la
transmisión vertical del
parásito*

RUBEOLA



RUBEOLA

- FRECUENCIA BAJA DEBIDO AL USO GENERALIZADO DE LA VACUNA.
- LA INFECCIÓN ES SUBCLÍNICA EN EL 30% DE LOS CASOS

EN LAS PRIMERAS 12 SEMANAS DE EMBARAZO

- ✓ *LA INFECCIÓN DEL FETO SUPERA EL 80%,*
- ✓ *DISMINUYE LLEGANDO AL 30% HACIA LAS 30 SEMANAS*
- ✓ *ASCIENDE HASTA EL 100% EN EL ÚLTIMO MES*

TABLA II

Clinica de rubéola congénita



– Sd. de Greeg	Microcefalia Sordera Catarata Ductus persistente
– Cráneo y cara	Fontanela grande Micrognatia
– Oculares	Retinopatía Glaucoma Microftalmia
– SNC	Encefalitis Déficit neurológicos
– Cardiovascular	Coartación de aorta Arteria pulmonar hipoplásica
– Abdomen	Hepatoesplenomegalia Testes no descendidos
– Sangre	Trombocitopenia Anemia

RUBEOLA

DIAGNOSTICO

Gestante

*Serología de la rubeola
(IgG e IgM)*

Feto

*ARN viral en líquido
amniótico por PCR o
IgM en sangre de
cordón a partir de 20
semanas de gestación*

RUBEOLA

TRATAMIENTO

- *Inmunización mujeres*
- *En rubéola congénita no hay tratamiento y sólo hay medidas de sostén*

CITOMEGALOVIRUS



CITOMEGALOVIRUS (CMV)

Produce primoinfección en un 1-2,5% de las gestantes

En el 30-40% de gestantes produce una infección fetal

Infección recurrente de la puede afectar al feto, con menor frecuencia en forma más leve

El RN puede adquirir la infección en el período perinatal, al pasar por el canal del parto, pero suele ser subclínica

TABLA III

Clinica de citomegalovirosis congénita

Gastrointestinales y abdominales	Atresia de vías biliares Atresia de esófago Hendidura palatina Megacolon Hernia inguinal Onfalocele
Cardiopulmonares	Comunicación interventricular Comunicación interauricular Estenosis mitral congénita Quiste congénito de pulmón Retorno venoso anómalo Tetralogía de Fallot Timo hipoplásico
Genitourinarias	Hipospadias
Aparato locomotor	Luxación congénita de cadera
Endocrinas	Hipoplasia suprarrenal Hipotiroidismo
Cerebrales	Hidrocefalia Microcefalia Microgiria Aplasia cerebelosa
Oculares	Microftalmia Atrofia óptica Cataratas Malformaciones de la cámara anterior Restos de membrana pupilar

CITOMEGALOVIRUS (CMV)

DIAGNÓSTICO

"Cultivo celular o el ADN viral mediante técnicas de PCR en líquido amniótico a partir de las 20 semanas"

CITOMEGALOVIRUS (CMV)

DIAGNÓSTICO

Gestante

IgG, IgM

IgG de baja avidéz la detección del virus en orina y en ocasiones en sangre, mediante PCR o cultivo celular

CITOMEGALOVIRUS (CMV)

TRATAMIENTO

- *Ganciclovir 6-15 mg/kg en 2 dosis, durante 6 semanas en niños con afectación de SNC y trombocitopenia*

HERPES SIMPLE (VHS)

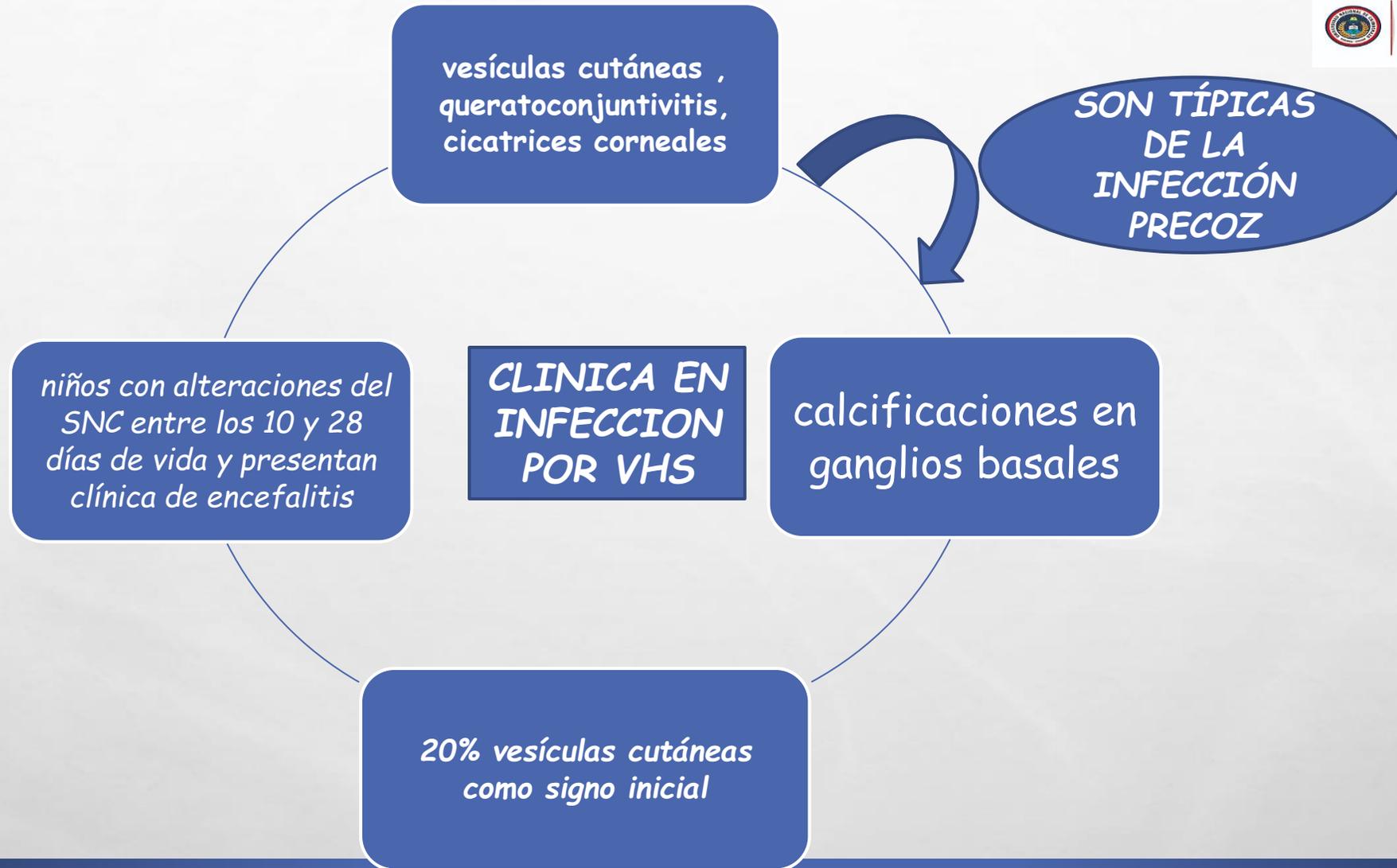


HERPES SIMPLE (VHS)

80% - VHS-2

87% transmisión por
canal del parto

*Sólo un 15-20% de
las madres presentan
sintomatología
durante la infección*



HERPES SIMPLE (VHS)

DIAGNOSTICO

➤ **DETECCIÓN DEL VIRUS POR CULTIVO CELULAR O PCR, TANTO EN LAS LESIONES GENITALES DE LA MADRE O EN FLUIDOS CORPORALES**

- ✓ **La serología tiene escaso valor, la persistencia de anticuerpos o de IgG durante más de 6-12 meses confirma infección**

HERPES SIMPLE (VHS)

- ***TRATAMIENTO***

cesárea
lesiones
genitales

Aciclovir
desde las 36
semanas
disminuye la
reactivación

VARICELA-ZOSTER



VARICELA-ZOSTER

- *VIRUS SE TRANSMITE POCO POR VÍA TRANSPLACENTARIA ANTES DE LAS 20 SEMANAS (28%)*
- *MAYOR RIESGO SE DA CUANDO LA VARICELA MATERNA APARECE ENTRE LOS 5 DÍAS PREVIOS AL PARTO Y LOS DOS DÍAS POSTERIORES*

CLINICA DE INFECCION POR VARICELA-ZOSTER

- ✓ Infección en el primer trimestre - aborto
- ✓ lesiones cutáneas cicatriciales serpenteantes con distribución metamérica
- ✓ lesiones neurológicas (atrofia cortical, calcificaciones en ganglios basales, convulsiones y retraso mental)
- ✓ Si la infección materna se da entre los 20 y los 6 días antes del parto el RN puede presentar alteración serológica y varicela leve
- ✓ Infección materna entre 5 días antes del parto y 2 días después, del 17 al 31% de los neonatos iniciarán la enfermedad entre 5 y 10 días postparto

VARICELA-ZOSTER

DIAGNOSTICO

Gestante

*IgM , IgG
positivizan hasta 3-
5 días*

FETO

*Realizar
amniocentesis a las
18 sem para
detectar ADN viral
en liquido amniotico*

CLINICA DE INFECCION POR VARICELA-ZOSTER

- ✓ Infección en el primer trimestre no - aborto
- ✓ lesiones cutáneas cicatriciales serpenteantes con distribución metamérica
- ✓ lesiones neurológicas (atrofia cortical, calcificaciones en ganglios basales, convulsiones y retraso mental)
- ✓ Si la infección materna se da entre los 20 y los 6 días antes del parto el RN puede presentar alteración serológica y varicela leve
- ✓ Infección materna entre 5 días antes del parto y 2 días después, del 17 al 31% de los neonatos iniciarán la enfermedad entre 5 y 10 días postparto

SIFILIS



SIFILIS

85-90% de los casos de sífilis congénita aparecen por infección materna mayor a 1 año

En madres inmunodeficientes ocurren entre 16-20S

Infección en el parto por contacto directo del RN con lesiones

EL PERIODO DE INCUBACIÓN ES DE 3 SEMANAS (OSCILA ENTRE 10-90 DÍAS) VA SEGUIDO DE:

➤ **SIFILIS PRIMARIA**

- ✓ CHANCRO INDOLORO
- ✓ DESAPARECE DE 3 A 6 SEMANAS

➤ **SIFILIS SECUNDARIA**

- ✓ DISEMINACIÓN HEMATÓGENA DEL T. PALLIDUM ENTRE LAS 6 SEM Y 6 MESES
- ✓ SÍNTOMAS SISTÉMICOS
- ✓ EXANTEMAS PAPULOSOS O MACULOSO
- ✓ ALOPECIA O CONDILOMATOSIS

➤ **SIFILIS LATENTE**

- ✓ AUSENCIA DE SÍNTOMAS
- ✓ POSITIVIDAD EN LA SEROLOGÍA

➤ **SIFILIS TERCIARIA**

- ✓ LESIONES GOMATOSAS (LESIONES POR HIPERSENSIBILIDAD MENINGITIS)
- ✓ DEMENCIA
- ✓ LESIONES DESTRUCTIVAS CUTÁNEAS, ÓSEAS Y VISCERALES



Medscape®

<http://www.medscape.com>

SIFILIS PRIMARIA

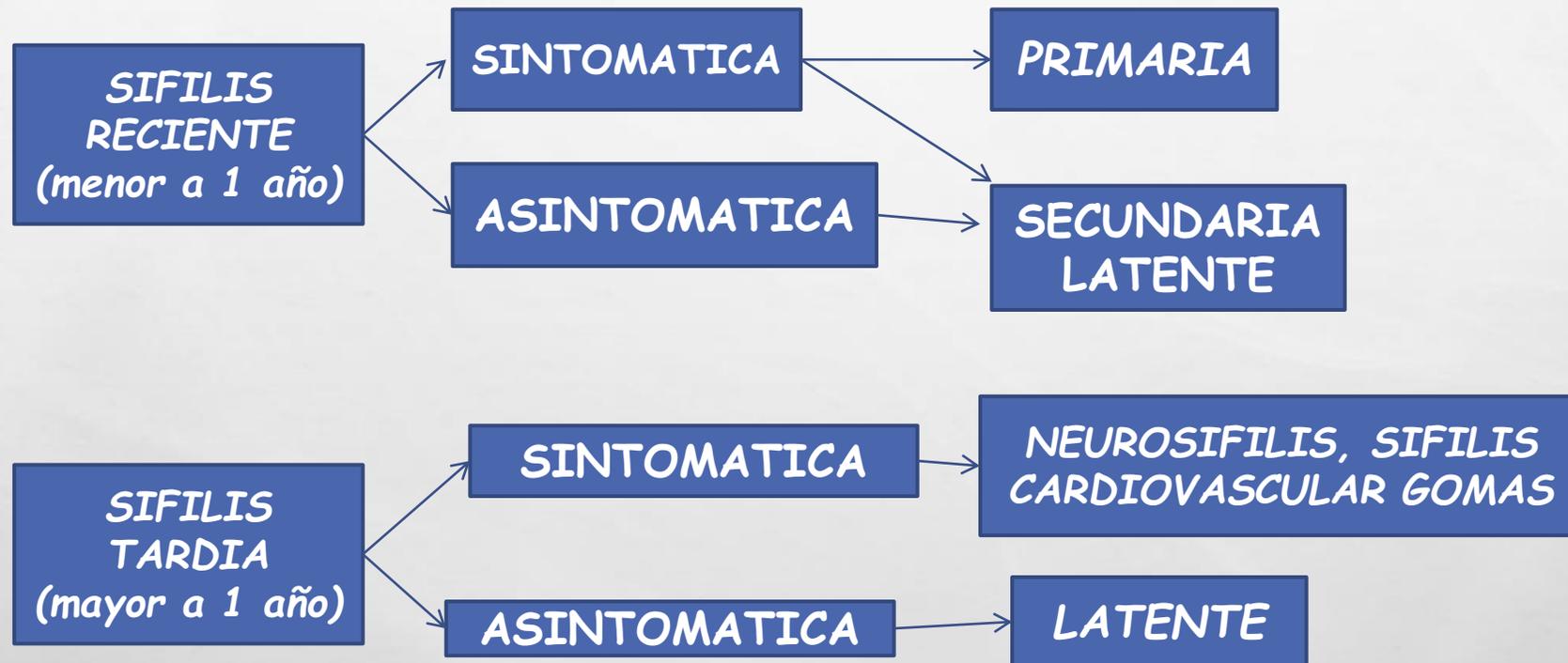


Medscape®

<http://www.medscape.com>

SIFILIS *SECUNDARIA*

CLASIFICACIÓN DE LA SIFILIS



Diagnostico

- VDRL para treponema pallidum durante la primera visita prenatal y posterior al parto.
- No treponémicas detectan anticuerpos con base en IgG e IgM

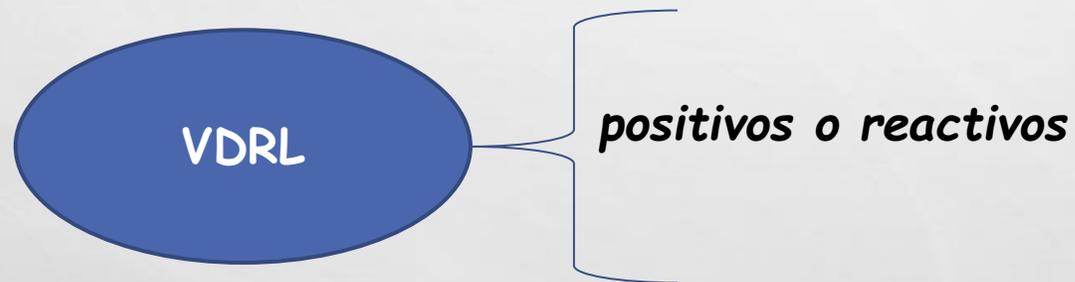
- **Prueba treponémica son sensibles y específicas**

- **Fta-abs: anticuerpos treponémicos fluorescentes absorbidos reactivos**

SIFILIS

PRUEBAS NO TREPONEMICAS

- MIDEN ACS IGM E IGG
- USADAS COMO PRUEBAS DE TAMIZAJE



PRUEBAS TREPONEMICAS

- ESTAS PRUEBAS SOLO SE UTILIZAN PARA CONFIRMAR LOS DATOS OBTENIDOS EN LAS PRUEBAS NO TREPONÉMICAS

PRUEBAS TREPONEMICAS

- ✓ FTA-ABS IgM
- ✓ MHA-TP
- ✓ TPI (de inmovilización del treponema)
- ✓ TPHA

SIFILIS

TRATAMIENTO

✓ EN SÍFILIS ADQUIRIDA SEA PRIMARIA, SECUNDARIA O LATENTE TEMPRANA



POR UNA VEZ

PENICILINA G BENZATINICA 2.400.000 UI I. M.



**UNA VEZ POR SEMANA
POR TRES SEMANAS**

✓ SÍFILIS EN LATENCIA TARDÍA Y TERCIARIA SIN NEUROSÍFILIS

SIDA

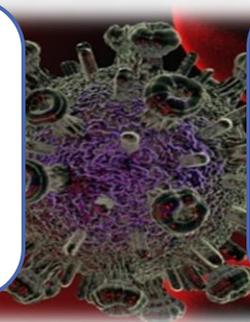
Causada por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Transmisión sexual
(Hetero u Homosexual)
70 – 80%

Transmisión parenteral
(Drogadicción,
Transfusión de sangre)
8 – 15%

Transmisión perinatal o
vertical de la madre al
feto
5– 10%

- 1.500.000 personas infectadas
- 7% Mujeres.
- 80% Mujeres en edad fértil.



Incrementa el número de pacientes con esta enfermedad en los grandes centros hospitalarios y en todo el mundo.

3 vías de contagio fetal

- Vía placentaria (Durante el embarazo).
- Por el canal del parto (períodos de dilatación y expulsión).
- Leche Materna (Postparto y Puerperio).



Muy probable alcanza la circulación fetal a través de la infección del sincitotrofoblasto y del estroma (Macrófagos o Células de Hofbauer)

8 – 11 semanas que es cuando ya es detectable la proteína CD4 en el tejido trofoblástico

Riesgo mayor cuando los linfocitos CD4 están por debajo de 150ml

Diagnóstico

- Determinación de anticuerpos VIH por el método ELISA (Análisis de inmunoabsorción ligada a enzimas) Sensibilidad 98%.
- WESTERN BLOT: para la determinación de anticuerpos frente a las distintos antígenos del virus. Sensibilidad y Especificidad 99%.
- Prueba de inmunofluorescencia.
- Identificación del virus por cultivo tisular.

TRATAMIENTO



Gonorrea

- INFECCIÓN CAUSADA POR UN GERMEN: NEISSERIA GONORRHEAE
- ETS

Síntomas:

- Flujo vaginal, disuria.

Diagnostico:

- Cultivo y frotis.

Complicaciones: Parto Prematuro, corioamnionitis y RPM.

Infección del feto por infección del cuello uterino al momento del parto.

Tratamiento :

- Cefalosporinas de 3er generación (Ceftriaxona 250mg IM dosis única)

Tuberculosis

- FAMILIA MYCOBACTERIAE
- M. TUBERCULOSIS, BACILO AEROBIO, ACIDO-RESISTENTE.
- TRASMISSION DE PERSONA A PERSONA, GOTAS DE SALIVA.
- 10% ENFERMEDAD ACTIVA

Vía aérea

Colonización Alveolar

Macrófagos alveolares

Lisis celular

Crece y se multiplica

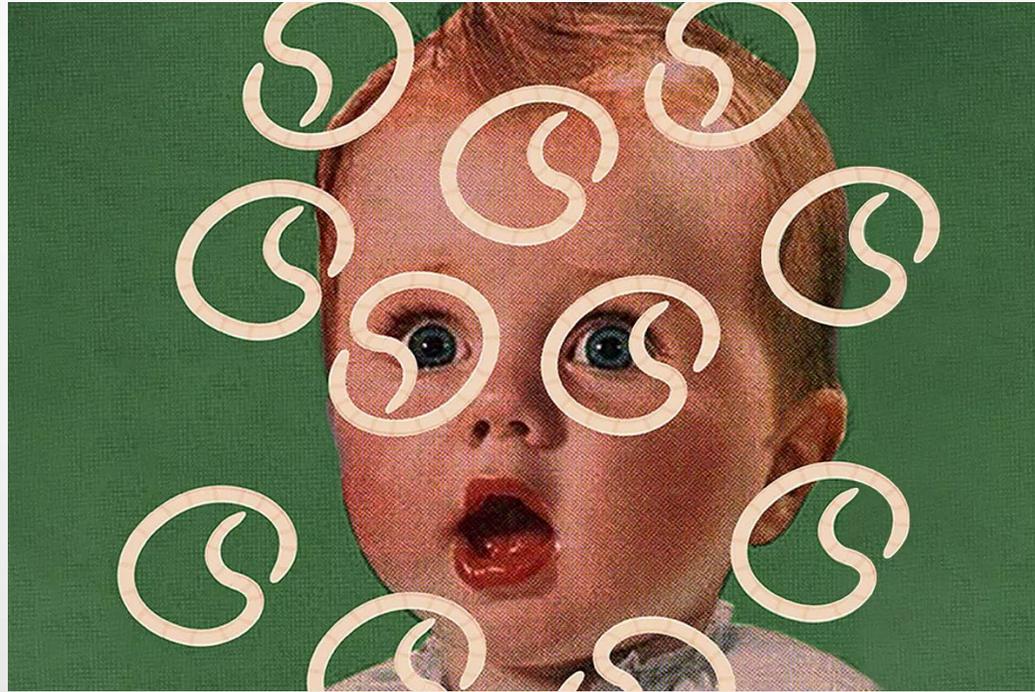
TBC Congénita y neonatal

- EL BACILO INFECTA LA FETO A TRAVÉS DE LA PLACENTA Y LA VENA UMBILICAL .
- EN TBC ENDOMETRIAL, EL BACILO PENETRA EL CORION HASTA DISEMINARSE POR EL LA Y ESTE A SU VEZ ES DEGLUTIDO POR EL FETO.
- EVITAR LA LACTANCIA MATERNA.

- No esta asociada a malformaciones congénitas.
- Parto prematuro, RCIU, Mortalidad perinatal.
- Peso bajo al nacer, <APGAR, Distress respiratorio, fiebre, lesiones en la piel



GRACIAS



POR NO DEJAR QUE ME ATAQUEN¡