

SEMINARIO N° 80

INFECCIONES CONGÉNITAS

BACTERIANAS

**Dra. Ana Jara Zegarra, Dr. Juan Guillermo
Rodriguez, Dr. Sergio de la Fuente, Dra
Daniela Cisterna.**

CERPO
Centro de Referencia Perinatal Oriente
Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Sífilis



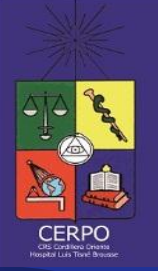
Epidemiologia

Table 1
Worldwide prevalence estimates of selected TORCH infections

	Worldwide Prevalence	US Prevalence of Congenitally Acquired Disease in the United States	Seropositivity in Women of Childbearing Age ^a	
			Low Prevalence (%)	High Prevalence (%)
Toxoplasmosis	201,000 ^b	10–33/100,000 live births	11 (Europe)	77 (South America)
<i>Treponema pallidum</i>	36.4 million	7.8/100,000 live births	0.67 (North America)	10 (Central Africa)
CMV	Unavailable	800/1000,000 live births	30–50 (United States)	>90 (South America)
Hepatitis B	240 million	<0.1/1000,000 US population	1.3 (North America)	8.7 (west sub-Saharan Africa)
Hepatitis C	130–150 million	<0.1/100,000 US population	1.2 (North America)	>10 (Middle East, Eastern Asia)
HIV	35.3 million	162 infants/y, 2010	0.1 (North America, Western Europe)	12 (Southern Africa)

^a Women aged 15–49 y.

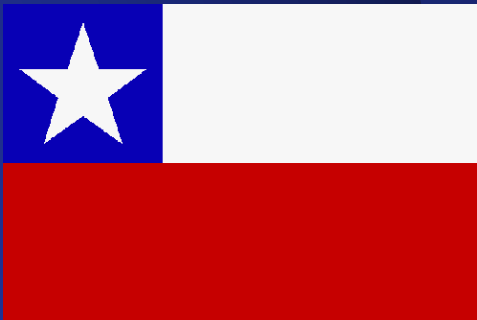
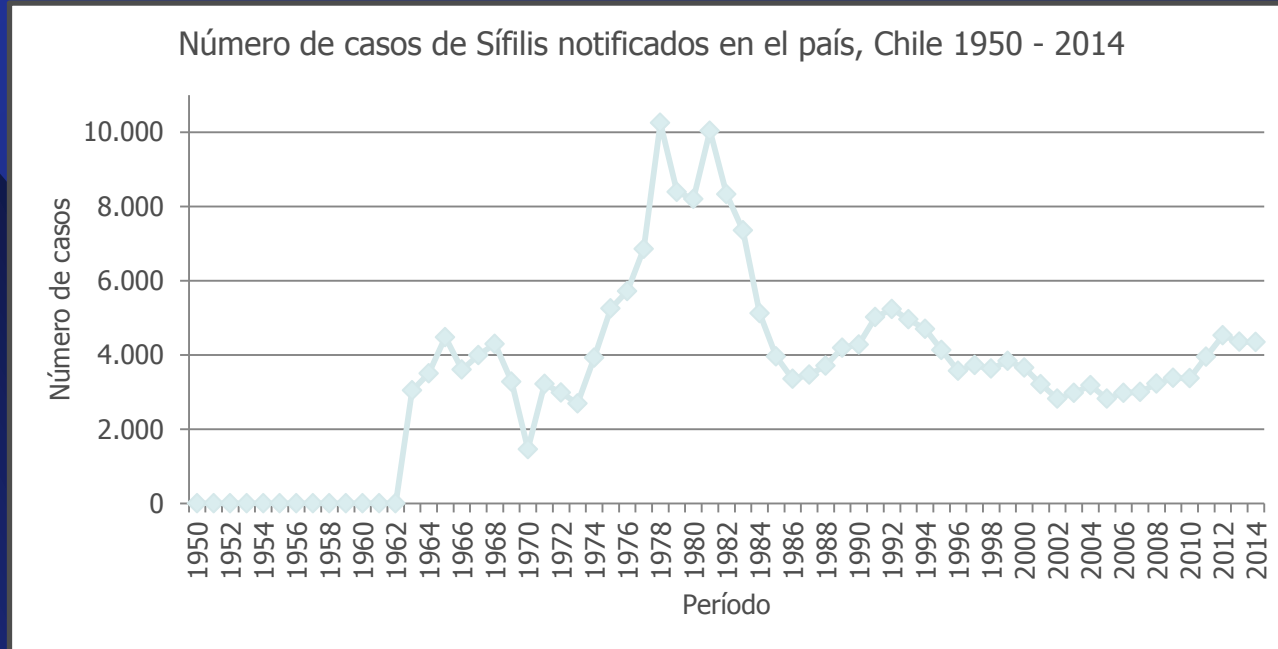
^b Congenital toxoplasmosis.



Introducción

- Bacteria **anaerobia**, Gram negativa
- La sífilis congénita corresponde a la Infección *transplacentaria* producida por el ***Treponema pallidum***.
- La infección puede afectar al feto en cualquier etapa del embarazo, el daño se produce en el feto debido a su *capacidad de montar una respuesta inmune*, especialmente **después de las 16-20 semanas de gestación**.

Introducción

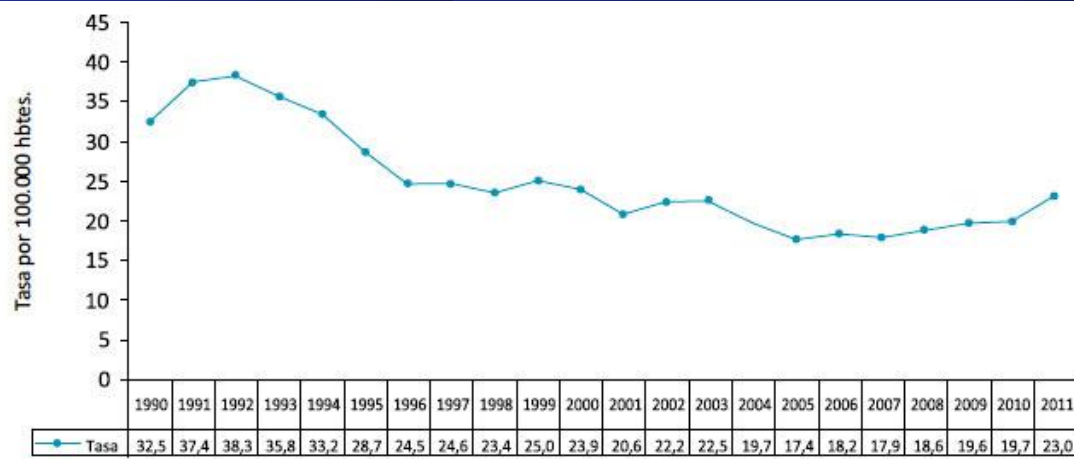


En Chile y de acuerdo con el **Decreto Supremo N° 158 del 22/10/2004**, se establece que la sífilis en todas sus formas y la infección por VIH/SIDA, son enfermedades de notificación obligatoria universal, las cuales deben ser notificadas en forma diaria a la Autoridad Sanitaria (SEREMI) por el establecimiento asistencial que detecta el caso.

En Chile, durante el año 2014 se notificaron **4,350** casos de sífilis.

Introducción

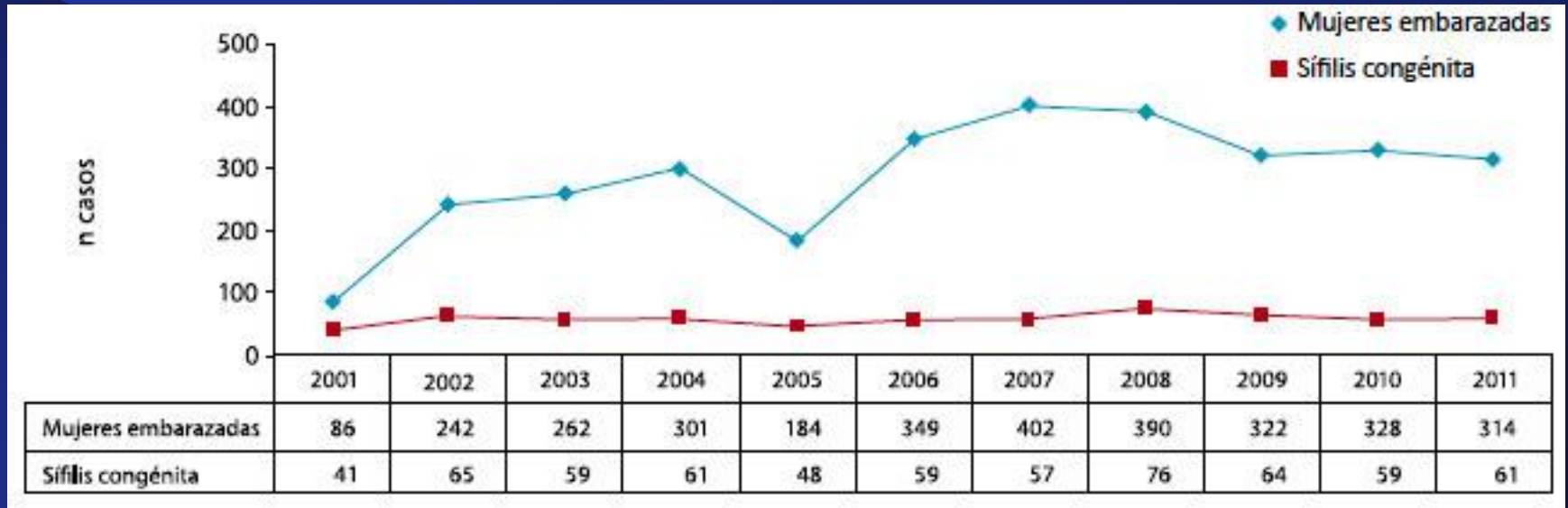
En los últimos 22 años la sífilis se ha presentado en Chile con tasas de incidencia variables, alcanzando el **peak el año 1992** (38,3 por cien mil hbtes). A contar de 1993 en adelante se observa un descenso sostenido, para estabilizarse con tasas alrededor de 20 por cien mil hbtes. La incidencia más baja, se observó el **año 2005**, con una tasa de 17,4 por cien mil hbtes, manteniéndose hasta el año 2010 con tasas inferiores a 20 por cien mil hbtes. El año **2011** se observó un leve repunte, alcanzándose una tasa de **23 por cien mil hbtes**.



Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión
Vertical del VIH y la sífilis

Programa Nacional de Prevención y Control de la infección por VIH/SIDA e ITS
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

Introducción

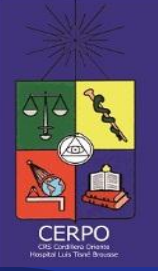


Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión
Vertical del VIH y la sífilis

Programa Nacional de Prevención y Control de la infección por VIH/SIDA e ITS
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

SÍFILIS GESTACIONAL

A partir del año 2008 la tasa descende presentando en el año 2011 **una tasa de 6,8 por cien mil mujeres** en edad fértil.



Introducción

SIFILIS CONGENITA

En el año 2011, del total de casos notificados de sífilis **1,5%** corresponde a sífilis congénita.

En el período analizado la tasa de sífilis congénita se ha mantenido estable, bajo **0,5 /1000 NV**.

La **tasa** de sífilis congénita del año 2011 es de **0,24 por mil nacidos vivos**.

Año	Casos	Pobl NVC	Tasa*
2000	68	261.993	0,26
2001	41	259.069	0,16
2002	65	251.559	0,26
2003	59	246.827	0,24
2004	61	424.476	0,25
2005	48	230.831	0,21
2006	59	243.561	0,24
2007	57	242.054	0,24
2008	76	248.366	0,31
2009	64	253.584	0,25
2010 ^a	59	253.584	0,23
2011 ^a	61	253.584	0,24

Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión
Vertical del VIH y la sífilis

Programa Nacional de Prevención y Control de la infección por VIH/SIDA e ITS
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

Introducción

25% Riesgo de Aborto.

25% Riesgo de Mortineonato.



50% Contagio RN.

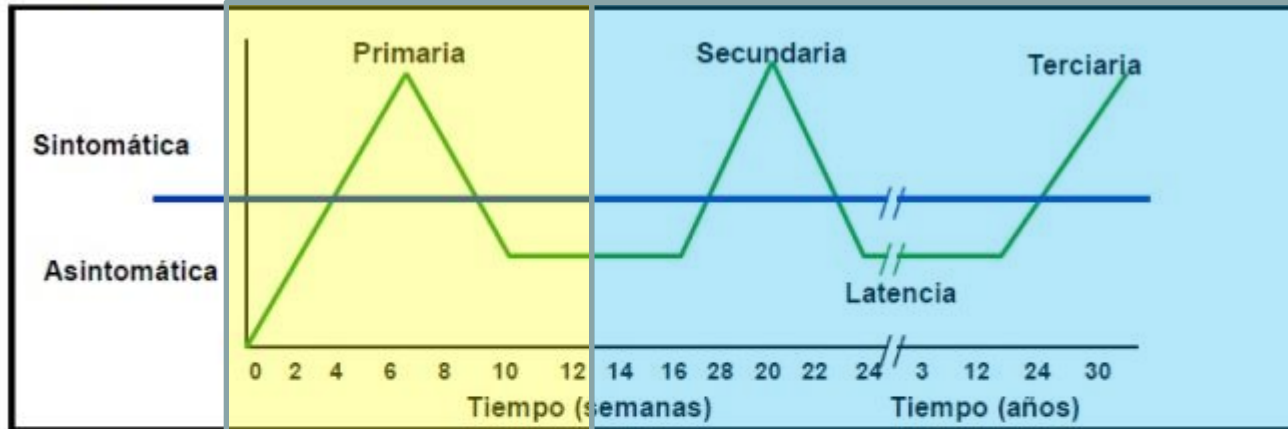
El 60% de los RN nacen asintomáticos al momento del parto. Si se trata antes de las 20 sem el 100% de los RN sanos.

Clasificación

Etapas de la Sífilis

Precoz (< 1a)

Tardía (< 1a)



Etapa	Tiempo evolución	Cuadro Clínico	Patogenia
Sífilis primaria	3 semanas desde infección	Chancro de inoculación: Lesión genital indolora y linfadenopatía regional	<i>T. pallidum</i> en la lesión y pasa al torrente sanguíneo (bacteriemia)
Sífilis secundaria	Semanas o meses	Fiebre, rash y chancro	Bacteriemia con invasión de los tejidos
Sífilis terciaria	Años	Compromiso cardíaco, músculo-esquelético y Sistema nervioso central (Neurosífilis)	Daño tisular irreversible
Sífilis congénita	Durante cualquier trimestre del embarazo	Muerte fetal, lesiones tisulares deformantes	<i>T. pallidum</i> atraviesa la placenta en fase 1º y 2º

Clasificación

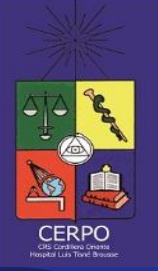
Período tiempo promedio	(1 - 90 días) 21 días	Hasta 1 año			Más de 1 año	
Etapas	Incubación	Sífilis Primaria	Sífilis Secundaria	Sífilis Latente Precoz	Sífilis Latente Tardía	Sífilis Terciaria
Resultado VDRL	Negativo	Se hace positivo	Diluciones elevadas mayor o igual a 1: 4	Dilución Baja o Alta	Dilución Baja o Negativo	Dilución Baja o Negativo
Transmisibilidad sexual	NO	SI	SI	SI	NO	NO
Riesgo de Neurosífilis	NO	SI	SI	SI	SI	SI
Riesgo de transmisión vertical	No se dispone de evidencia que descarte o confirme riesgo	SI	SI	SI	SI	No se dispone de evidencia que descarte o confirme riesgo

Infección Materna

- **SÍFILIS PRIMARIA**

- El chancro aparece en el lugar de inoculación tras un periodo de incubación de entre **2 y 6 semanas**.
- Se trata de una úlcera indolora asociada a adenopatías regionales y puede estar oculta en la mucosa vaginal, rectal u oral.
- Sin tratamiento médico, las úlceras desaparecen en 3-8 semanas.

Riesgo de contagio fetal
50-90%



Infección Materna

- **SÍFILIS SECUNDARIA:**

- Resulta de la diseminación del *T. Pallidum* y es el periodo de máximo contagio. Aparece a las 3-8 semanas de la lesión primaria. Cursa con rash cutáneo maculo papuloso, papulo escamosos o pustuloso con afectación característica palmo-plantar o con afectación de mucosas. Ocasionalmente pueden aparecer síntomas constitucionales tales como anorexia, fiebre y artralgias.
- La clínica de esta etapa se resuelve sin tratamiento en 2-6 semanas, pasando a una fase latente.

Riesgo de contagio
fetal 50-90%

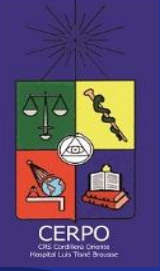
Infección Materna

- **SÍFILIS LATENTE:**

- Periodo subclínico solo diagnosticable por serología.
- Se divide en: *Sífilis latente precoz*: < 1 año de la primoinfección. *Sífilis latente tardía*: > 1 año o fecha de la primoinfección desconocida.

Riesgo de contagio fetal
Latente precoz
40-80%

Riesgo de contagio fetal
Latente tardía
<30%



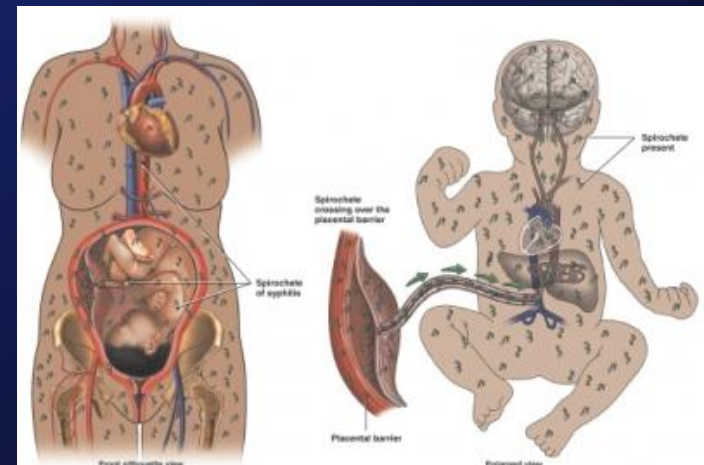
Infección Materna

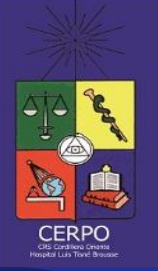
- **SÍFILIS TERCIARIA:**

- Puede aparecer tras años de sífilis latente, incluye gomas sifilíticas, alteraciones cardíacas, auditivas y neurosífilis.
- Es poco frecuente desde la introducción de la penicilina, pero puede darse hasta en **1/3** de los pacientes nunca expuestos al tratamiento.

Infección Fetal

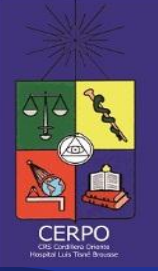
- Transmisión vertical de sífilis:
 - Alta en un **90-100%** en pacientes sintomática (sífilis primaria o secundaria).
 - Baja en estado latente y terciario: solo el **10-30%**
- La transmisión es mayor en etapas avanzadas del embarazo, por **aumento de la permeabilidad de la barrera placentaria.**





Infección fetal

- Las manifestaciones clínicas de las infecciones congénitas dependen:
 - Efecto del patógeno sobre la **organogénesis**.
 - La **edad gestacional** en que ocurre la infección.
 - La presencia o ausencia de **inmunidad materna**.
 - El modo de **adquisición** de la infección.



Infección fetal

- El **riesgo de infección fetal** en enfermedad reciente es del **75-95%**.
- La mayoría de las infecciones se adquiere en el **I y II trimestre**.
- Si se adquiere en el **I trimestre** un **40%** de los fetos se abortan o tienen una muerte intrauterina. Cuando la infección se adquiere **después de las 18 semanas**, el impacto en el feto es el RCIU, PHA, alteraciones sistémicas generales (ej: anemia) y musculo esqueléticas, megaplacenta, FMIU.
- **RN:** sífilis precoz (manifestaciones clínicas antes de los 2 años) sífilis tardía (>2a)

Infección RN

- El **60 - 70%** de los niños infectado no tienen síntomas al nacer.
 - Importante hacer **screening** y tratar a la mujer embarazada

**CONGENITAL
SYPHILIS IS:**



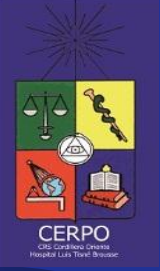
**A SOURCE OF MAJOR HEALTH
PROBLEMS, EVEN DEATH**



**INCREASING
IN THE UNITED STATES**



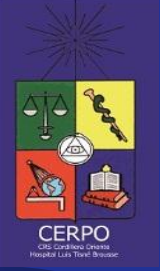
PREVENTABLE



Infección RN

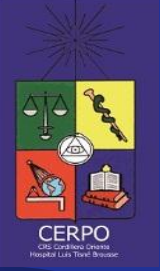
- **FORMA MULTISISTEMICA:**

- Sepsis, con RCIU, hepato - esplenomegalia, anemia, trombocitopenia, compromiso del SNC, hepatitis, pancreatitis, neumonía alba, glomerulonefritis, osteocondritis, corioretinitis en “sal y pimienta”, uveítis, lesiones en la piel.



Infección RN

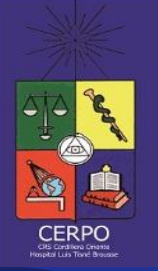
- **FORMA OLIGOSINTOMATICA:**
 - Se presenta generalmente en los primeros seis meses de vida y las manifestaciones clínicas más frecuentes son las *lesiones de piel, mucosas y las alteraciones óseas*. También pueden presentar, poliadenopatías, síndrome nefrótico, hepatitis y hemoglobinuria paroxística nocturna, entre otras manifestaciones.



Infección RN

- **ASINTOMÁTICO**

- Es la más frecuente.
 - Los RN no presentan síntomas ni signos clínicos al nacer, la serología no treponémica es reactiva en similar o menor dilución a la observada en la madre, e incluso puede ser no reactiva, si la infección materna ocurrió muy cercana al parto; por lo tanto, en esta situación el diagnóstico de sospecha se debe establecer con los antecedentes epidemiológicos y serológicos de la madre.
- El 60% de los RN infectados nace asintomático y de no ser tratados desarrollaran la enfermedad en las siguientes tres a ocho semanas.



Diagnostico materno

- **PRUEBAS SEROLÓGICAS**
 - **INDIRECTAS:** La ventaja es que valúa la respuesta al tratamiento
 - **VDRL:** Cuantitativo
 - Falsos VDRL (-): Por exceso de antígeno
 - Falsos VDRL (+): 25% de errores técnicos » 75% otras patologías
 - **USR:** Cuantitativo
 - **RPR:** Cualitativo
 - **DIRECTAS:** Confirma la infección, pero son (+) siempre
 - **FTA- ABS**
 - **MHA-TP**

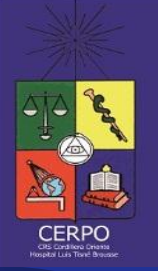
Diagnostico materno

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LOS EXÁMENES SEROLÓGICOS PARA SÍFILIS

Sensibilidad (%) según etapa clínica

Examen	SENSIBILIDAD				ESPECIFICIDAD
	Primaria	Secundaria	Latente precoz	Latente tardía	
VDRL ⁸	80 (70-87)	100	80 (71-100)	71 (37-94)	98 %
RPR ⁹	86 (81-100)	100	80 (53-100)	73 (36-96)	98 %
FTA-Abs ⁹	98 (93-100)	100	100	96	99 %
MHA-TP ⁹	82 (69-90)	100	100	94	99 %
ELISA ⁹	92 (88-97)	100	99 (96-100)	100	99 %
USR	80 (72-88)	100	95 (88-100)	71 (37-94)	99 %
Inmuno-cromatografía	93	100	100	100	99 %

* entre paréntesis resultados variables reportados.

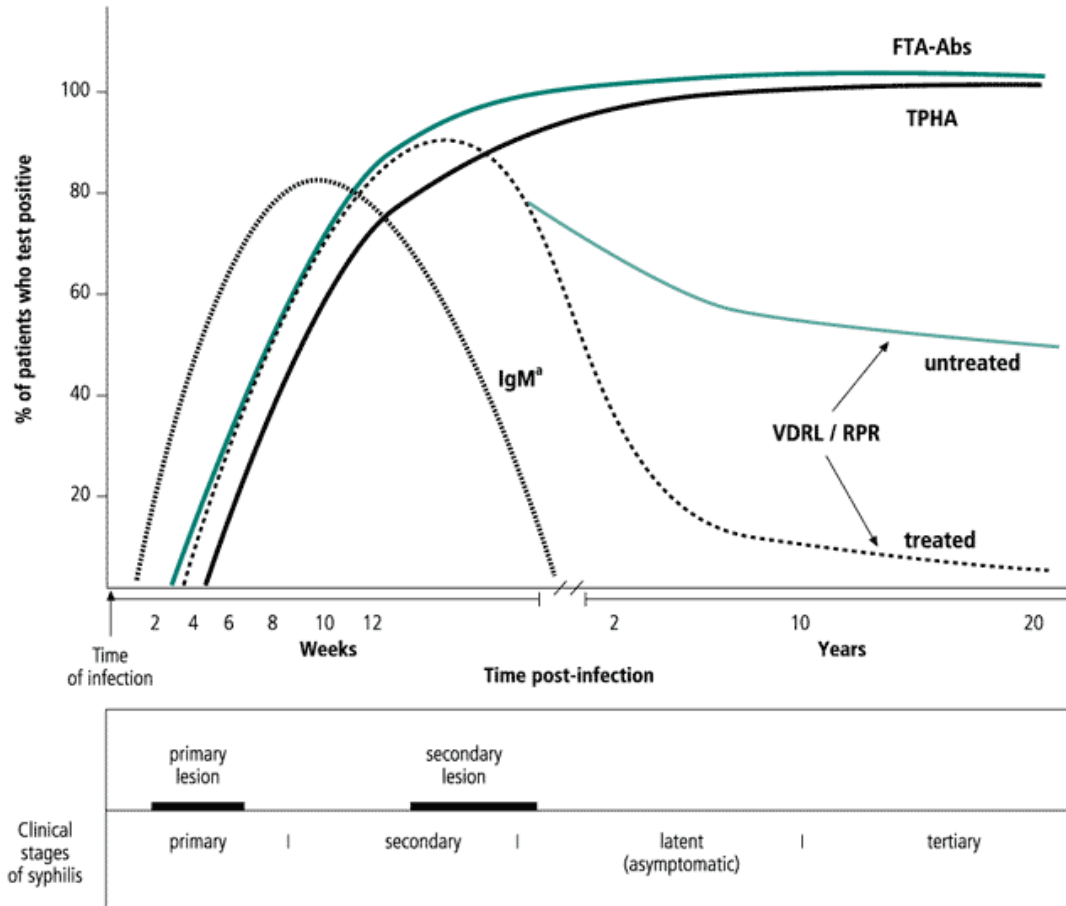


Diagnostico materno

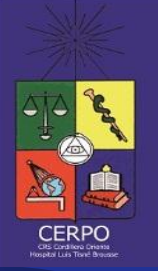
- El tamizaje durante el embarazo es con técnicas no treponémicas cuantitativas: el **RPR** y el **VDRL**, es importante usar la misma técnica durante toda la gestación, pues permite evaluar la evolución de la curva serológica, su respuesta al tratamiento y detectar posibles re-infecciones.
- Las pruebas serológicas no treponémicas y treponémicas, detectan **IgG**, esto es, se produce paso de anticuerpos al feto a través de la **barrera placentaria**.

Diagnostico materno

Fig. 1. Common patterns of serological reactivity in syphilis patients



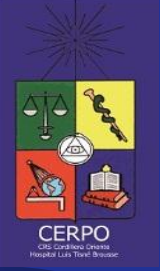
^a IgM by ELISA or FTA-ABS 19S or immunoblot



Diagnostico materno

- **Normativa MINSAL:**

- Establece realizar en toda mujer embarazada VDRL (o RPR) al momento de la **primera consulta**, a las **24 semanas**, entre las **32-34 semanas** de gestación y al **parto**.
- La confirmación diagnostica de primo-infección, se debe realizar con **pruebas serológicas treponémicas**, aunque no son útiles para el seguimiento.
- El **65 y 85%** de las madres de RN con sífilis congénita **adquieren** la infección en el **tercer trimestre** del embarazo



Tratamiento

- Si la mujer recibe tratamiento adecuado antes de las **16-20 semanas**, el 100% de los RN son sanos, si el tratamiento fue posterior se han observado una tasa de secuelas 1-3%.
 - **Sífilis Primaria, Secundaria o Latente Precoz:**
PNC G Benzatina 2.4 u im (2 dosis)
 - **Sífilis Latente Tardía** o desconocimiento de data de la infección PNC G Benzatina 2.4 u im (3 dosis)

Tratamiento

Sífilis Primaria, Sífilis Secundaria, Sífilis Latente Precoz (Sífilis de menos de 1 año de evolución):

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Penicilina benzatina	2.400.000 UI	intramuscular	semanal	2 semanas consecutivas

Sífilis Latente Tardía (Sífilis con más de 1 año de evolución):

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Penicilina benzatina	2.400.000 UI	intramuscular	semanal	3 semanas consecutivas

Tratamiento

Sífilis Primaria, Sífilis Secundaria, Sífilis Latente Precoz (Sífilis de menos de 1 año de evolución)

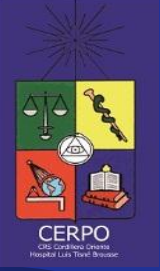
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Eritromicina	500 mg.	Oral	cada 6 horas	14 días consecutivos
Ceftriaxona*	1 gr	intramuscular	diaria	14 días

- * La administración de Ceftriaxona en pacientes que refieren alergia a la Penicilina (no documentada) requiere de todas las medidas de control y monitoreo para evitar shock anafiláctico debido a la posibilidad de reacción cruzada.

Sífilis Latente Tardía (Sífilis con más de 1 año de evolución)

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Eritromicina	500 mg.	Oral	cada 6 horas	28 días consecutivos
Ceftriaxona*	1 gr	intramuscular	diaria	14 días

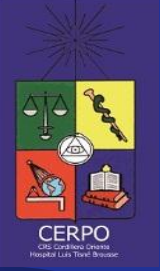
- * La administración de Ceftriaxona en pacientes que refieren alergia a la Penicilina (no documentada) requiere de todas las medidas de control y monitoreo para evitar shock anafiláctico debido a la posibilidad de reacción cruzada.



Tratamiento

- **SEGUIMIENTO**

- Debe realizarse **seguimiento serológico con VDRL** mensual hasta el parto a la gestante tratada adecuadamente, para detectar una posible reinfección y tratar en forma oportuna.
- Un tratamiento exitoso, según etapa se define:
 - **Sífilis precoz:** Disminución en 2 o más diluciones de serología (con la misma técnica) al mes post tratamiento.
 - **Sífilis tardía:** Por imposibilidad de evidenciar disminución de diluciones, se evalúa respuesta al tratamiento según evolución clínica.

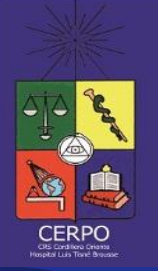


Tratamiento

- **SEGUIMIENTO**

- Fracaso del tratamiento y/o reinfección se define según etapa como:

- **Sífilis precoz:** la mantención o aumento de diluciones (con la misma técnica).
 - **Sífilis tardía:** el aumento de 2 o más diluciones (con la misma técnica)



Tratamiento

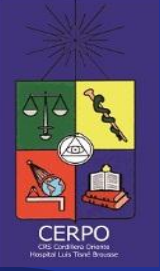
- **REACCIÓN DE JARISCH-HERXHEIMER**

- Se produce en el **90%** de los pacientes con sífilis secundaria, el cuadro puede simular un shock anafiláctico.
- Se ha reportado alteración del monitoreo y muerte fetal.
- La reacción de Jarisch-Herxheimer también conocida como reacción de Herxheimer o simplemente Herx,¹ es una reacción febril aguda que ocurre tras la administración de antimicrobianos en diversas enfermedades espiroquetales.

Se manifiesta en el 90%
de los casos de Sífilis
secundaria

Se manifiesta en el 50%
de los casos de Sífilis
primaria

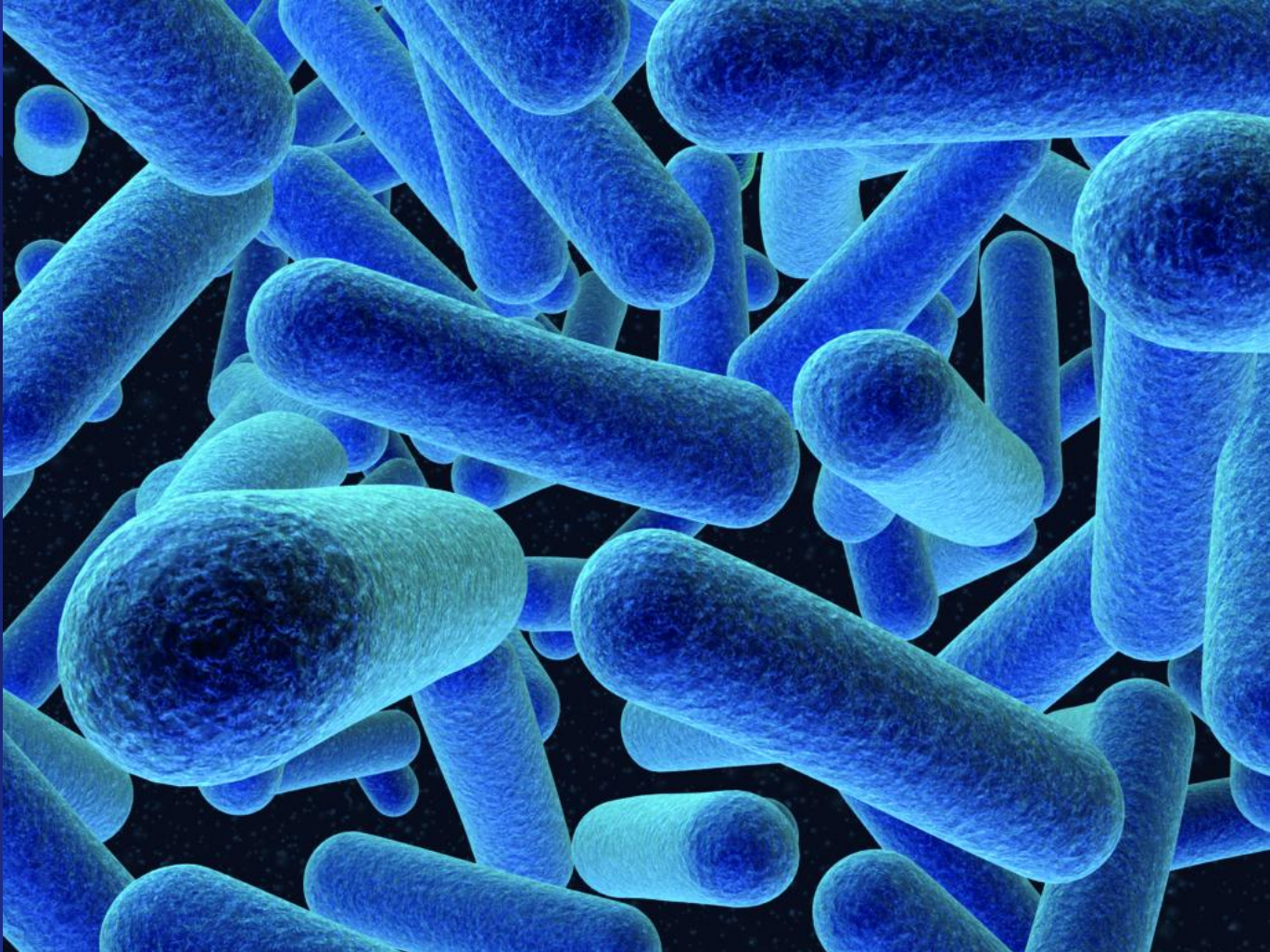
Se manifiesta en el 25%
de los casos de Sífilis
latente precoz

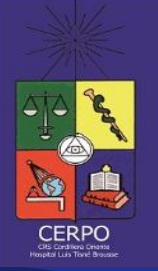


Tratamiento

- **REACCIÓN DE JARISCH-HERXHEIMER**
 - Ocurre durante las primeras 24 horas posteriores al inicio del tratamiento y está acompañada de síntomas como hipotensión, escalofríos, diaforesis, cefalea, náuseas, mialgias y exacerbación de las lesiones cutánea

Listeria



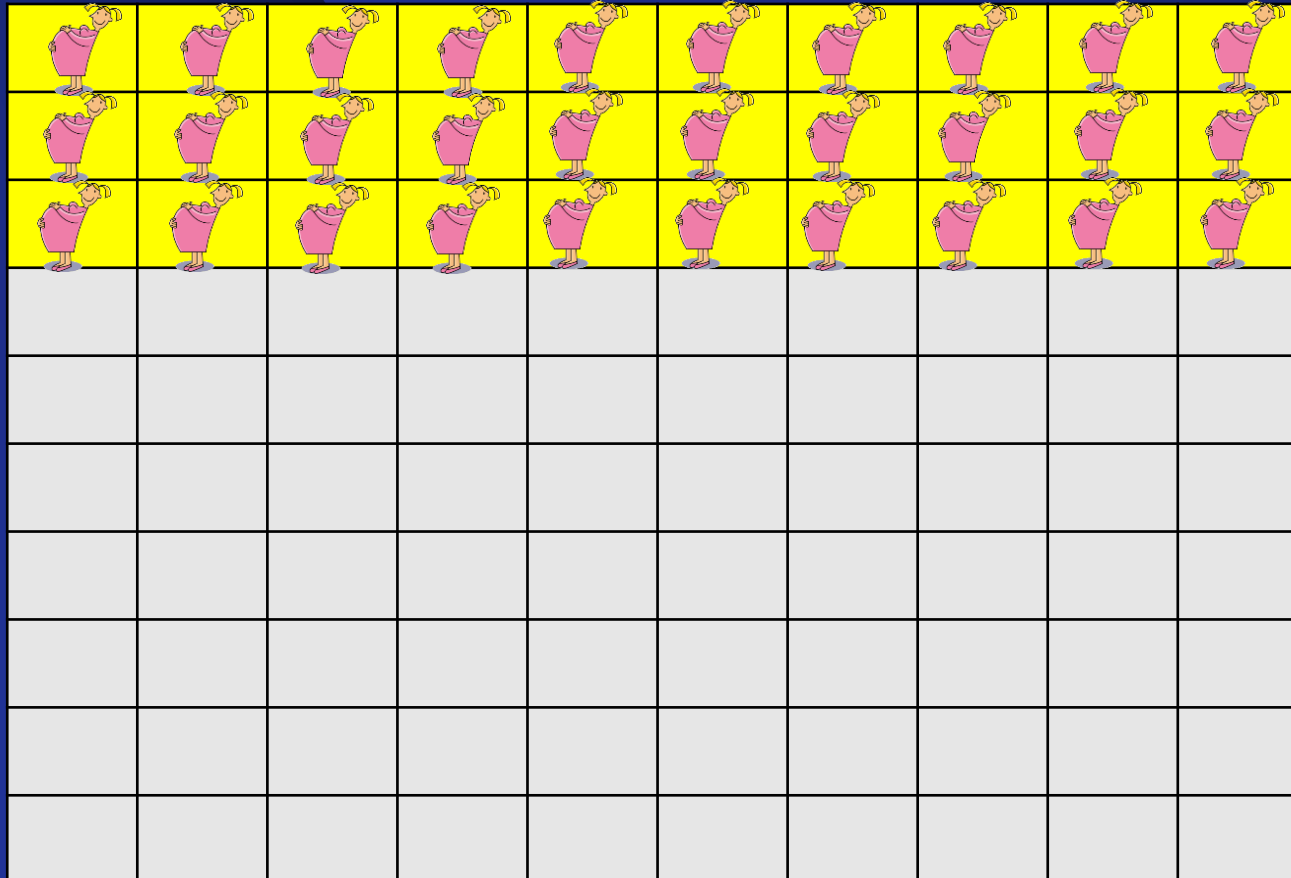


Introducción

- Bacilo **gram positivo** corto, regular, no esporulado
- Es un organismo que se puede encontrar fácilmente del suelo, el polvo, el agua, los alimentos procesados, la carne cruda y las heces de animales y seres humanos.
- **Ciclo intracelular**, puede replicarse sin estar expuesta a anticuerpos.
- La **inmunidad mediada por células** es la defensa del huésped contra Listeria, y cualquier condición que reduzca la inmunidad mediada por células, como el **embarazo**, puede predisponer a la infección listerial.
- Transmisión a través de las **barrera placentaria**, hematoencefalica.

Introducción

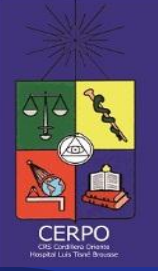
- Es una enfermedad rara. Es **20** veces mas común en las mujeres embarazadas. Las mujeres embarazadas representan el 27% de todas las infecciones por listeria.



Incidencia embarazo:
12/100.000

Incidencia población general:
0,7/100.000

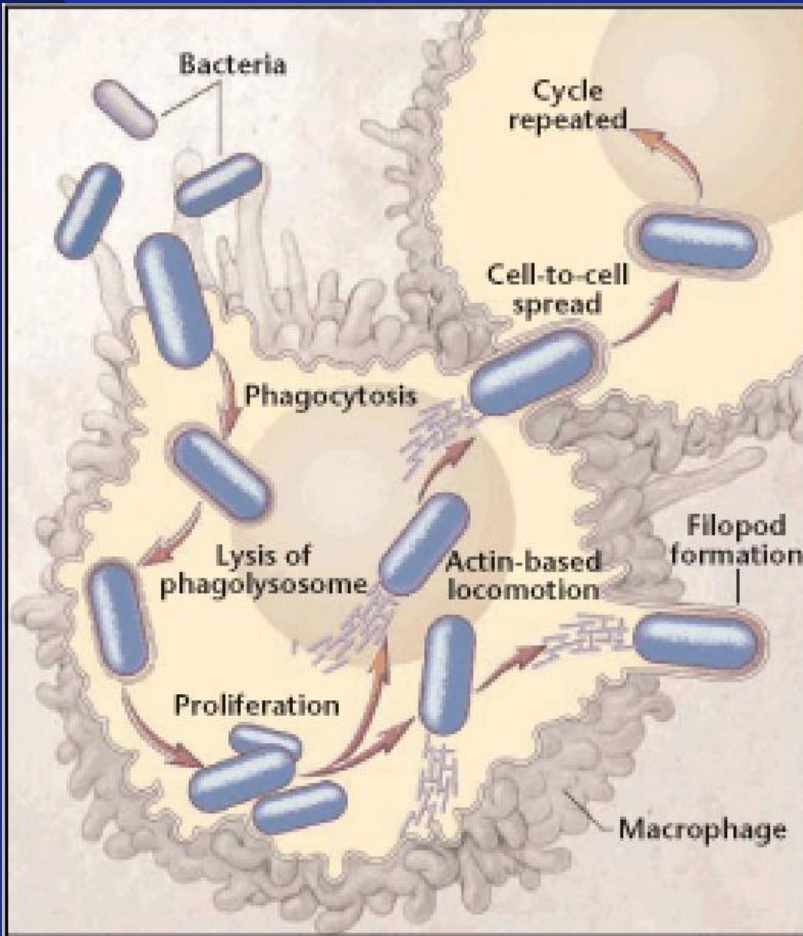
Incidencia RN:
8,6/100.000



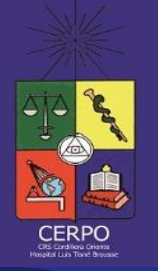
Introducción

- Es una enfermedad transmitida por **alimentos**, los brotes se han vinculado a alimentos contaminados.
- Los brotes de listeriosis son más comunes en el **verano**.
- Listeria es un organismo resistente, puede sobrevivir a temperaturas que oscilan entre **4 ° C y 37 ° C**.
- El período de incubación para Listeria no ha sido bien establecido. Según los informes de casos, el período de incubación es de **24 horas a 70 días**.

Introducción

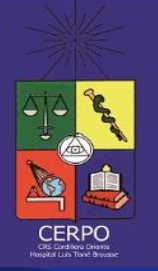


La transmisión intracelular de *Listeria monocytogenes*, esta puede multiplicarse y propagarse sin exposición a anticuerpos, neutrófilos o antibióticos en el líquido extracelular.



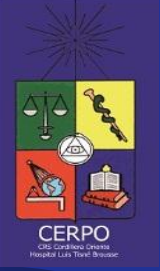
Diagnostico

- La mayoría de los casos, la enfermedad materna es leve e incluso asintomática, pero en condiciones de inmunosupresión puede causar enfermedad materna severa, con extensión en el SNC. El síntoma mas común es la **fiebre** y **síntomas constitucionales**.
- La infección fetal y del RN es grave, con consecuencia fatal, la tasa de letalidad es del 20-30%.
- Los medios mas comunes de diagnostico fueron el cultivo de sangre o placenta.



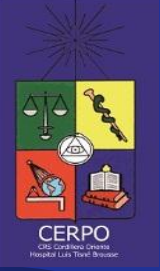
Diagnostico

- El diagnóstico de la infección por listeria sólo puede hacerse cultivando el organismo desde un sitio estéril tal como la **sangre, líquido amniótico o LCR**. Los cultivos vaginales o hepáticos no son útiles en el diagnóstico porque algunas mujeres son portadoras, pero no tienen enfermedad clínica.
- Debido a que la listeriosis en el embarazo es grave y difícil de diagnosticar, los **hemocultivos** deben considerarse en cualquier paciente embarazada que presente **fiebre**, especialmente si se acompaña de **síntomas gripales o gastrointestinales**.



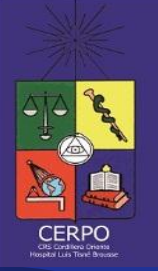
Tratamiento

- Para que un antibiótico sea eficaz contra Listeria, el antibiótico debe:
 - 1. Penetrar en la célula huésped y mantener $> 10^5$ U/ml
 - 2. Debe penetrar en la célula huésped
 - 3. Debe unirse a la proteína 3 de unión a penicilina (PBP3) de la Listeria, que causa la muerte celular.
 - 4. En el embarazo el antibiótico debe atravesar la placenta en concentración adecuada.



Tratamiento

- La penicilina, la ampicilina y la amoxicilina se han utilizado con mayor intensidad en el tratamiento de la listeriosis.
- Estos fármacos bloquean varias PBP y penetran intracelularmente. La resistencia microbiana de *Listeria* a la penicilina o sus derivados aún no se ha encontrado en condiciones naturales.
- Las dosis altas se usan generalmente para asegurar una penetración adecuada del cordón umbilical y de la placenta.



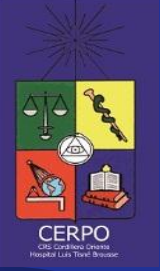
Tratamiento

Treatment Options for Listerial Infections

Infection	Treatment	Duration
Bacteremia	First-line: ampicillin ≥ 6 g/d IV; add gentamicin if patient > 50 y, chronic disease, cardiovascular or respiratory compromise	14 d
	Second-line: erythromycin 4 g/d, or TMP/SMX 200–320 mg of TMP component, or vancomycin 1 g tid	14 d
Bacteremia in pregnancy	First-line: ampicillin ≥ 6 g/d IV	7–14 d; if fetus survives, consider longer treatment
	Second-line: erythromycin 4 g/d IV	7–14 d; if fetus survives, consider longer treatment
Acute meningitis	First-line: ampicillin ≥ 6 g/d IV plus gentamicin if patient > 50 y, chronic disease, cardiovascular or respiratory compromise	21 d
	Second-line: TMP/SMX 200–320 mg of TMP component	21 d
Infective endocarditis	First-line: ampicillin ≥ 6 g/d IV; add gentamicin if patient > 50 y, chronic disease, cardiovascular or respiratory compromise	6 wk for natural valves, 8 wk for prosthetic valves
	Second-line: vancomycin 1 g tid plus gentamicin 2.5 mg/kg/d	6 wk for natural valves, 8 wk for prosthetic valves
Brain abscess	First-line: ampicillin 14 g/d plus gentamicin 2.5 mg/kg/d	4–6 wk
	Second-line: TMP/SMX 200–320 mg of TMP component	4–6 wk
Joint/bone infection	First-line: ampicillin ≥ 6 g/d IV; add gentamicin if patient > 50 y, chronic disease, cardiovascular or respiratory compromise	6 wk if no prosthesis, 2 wk IV with prosthesis, and lifelong oral amoxicillin or TMP/SMX in each case

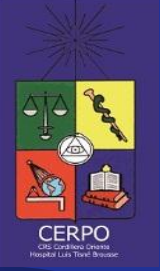
IV, intravenous; TMP/SMX, trimethoprim/sulfamethoxazole.

Reproduced with permission from Temple ME and Nahata MC.⁶



Prevención

- Es una enfermedad rara. Es **20** veces mas común en las mujeres embarazadas. Las mujeres embarazadas representan el 27% de todas las infecciones por listeria.



Prevención

- Evitar los **productos lácteos no pasteurizados** reducirá el riesgo porque estos son claramente fuentes de contaminación.
- La **contaminación cruzada** es también una estrategia protectora importante, las mujeres deben lavar todos los utensilios y superficies bien después de preparar platos de carne o cortar los alimentos.

Prevención

Listeria can hide in many foods



Sprouts



**Deli meats &
Hot dogs**
cold, not heated



Smoked seafood



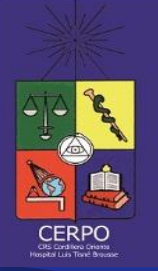
Soft cheeses



Raw milk
unpasteurized

Vital^{CDC}**signs**[™]
www.cdc.gov/vitalsigns





Bibliografía

Síndrome de TORCH: enfoque racional del diagnóstico y tratamiento pre y post natal. Recomendaciones del Comité Consultivo de Infecciones Neonatales Sociedad Chilena de Infectología, 2016

Fernanda Cofré, Luis Delpiano, Yenis Labraña, Alejandra Reyes, Alejandra Sandoval y Giannina Izquierdo

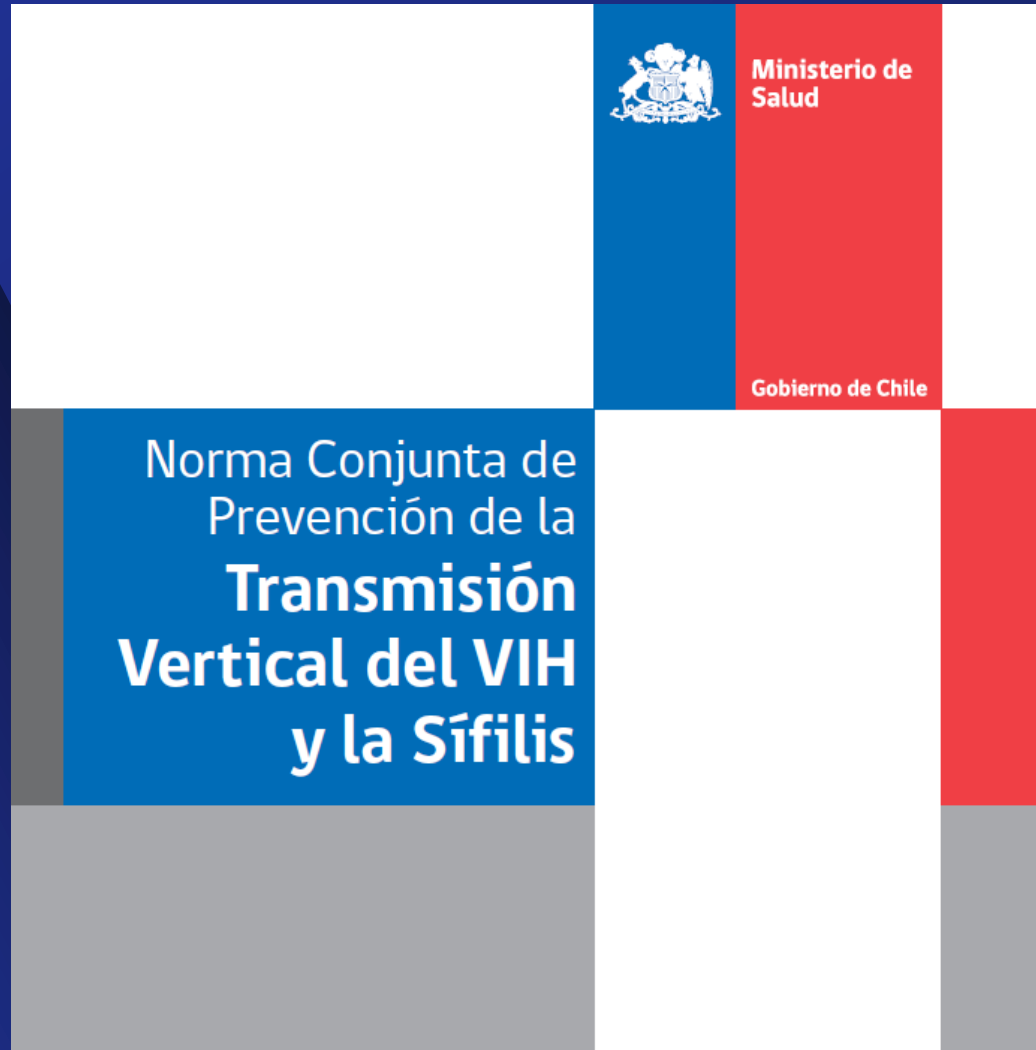
TORCH syndrome: Rational approach of pre and post natal diagnosis and treatment. Recommendations of the Advisory Committee on Neonatal Infections Sociedad Chilena de Infectología, 2016

There is a lot of bacterial, viral or parasite infections who are able to be transmitted vertically from the mother to the fetus or newborn which implicates an enormous risk for it. The TORCH acronym is used universally to refer to a fetus or newborn which presents clinical features compatible with a vertically acquired infection and allows a rational diagnostic and therapeutic approach. The traditional “TORCH test” is nowadays considered not appropriate and it has been replaced for specific test for specific pathogens under well defined circumstances. The present document reviews the general characteristics, epidemiology, pathogenesis, diagnostic and therapeutic options for the most frequently involved pathogens in the fetus or newborn with TORCH suspicion.

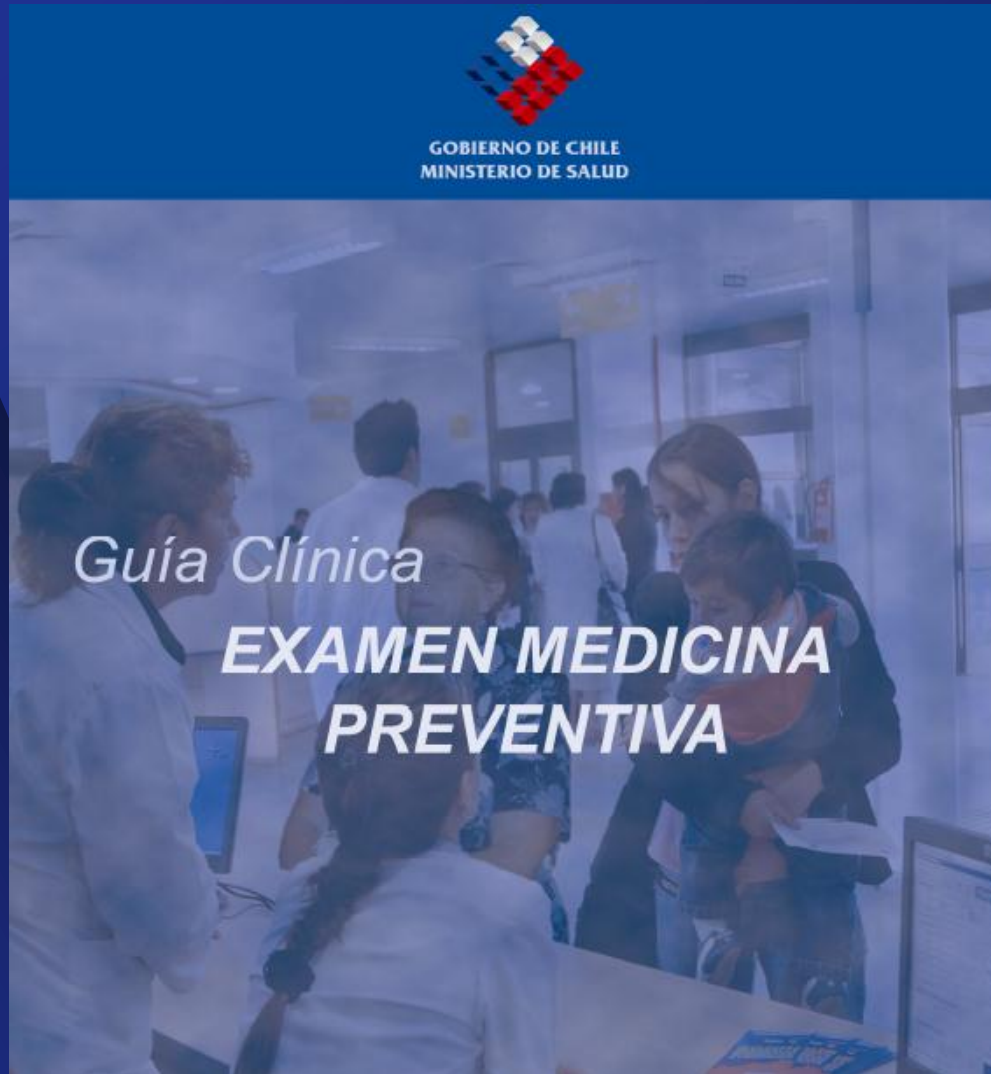
Key words: TORCH, congenital infection, toxoplasmosis, American trypanosomiasis, Chagas disease, congenital rubella syndrome, cytomegalovirus, herpes simplex.

Palabras clave: TORCH, infección congénita, toxoplasmosis, tripanosomiasis americana, enfermedad de Chagas, síndrome de rubéola congénita, citomegalovirus, herpes simplex.

Bibliografía



Bibliografía



Bibliografía



Documento



Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la sífilis

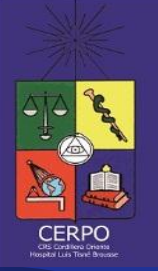
Programa Nacional de Prevención y Control de la infección por VIH/SIDA e ITS
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

Presentación

El Ministerio de Salud, presenta y pone a disposición de los profesionales de salud la Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical de la infección por VIH y sífilis.

La prevención y la detección precoz del VIH y sífilis, son las intervenciones de mayor efectividad en el logro del objetivo de reducir la transmisión materno-infantil, por ello se constituyen en una importante herramienta de Salud Pública, con un enfoque integral que permite otorgar una atención oportuna a la mujer embarazada con infección por VIH y/o sífilis.

Siendo la infección por VIH y sífilis importantes problemas de Salud Pública que afectan no sólo a las mujeres y sus recién nacidos, sino a toda la comunidad, y que ambas patologías son prevenibles mediante estrategias altamente costo-efectivas, Chile ha asumido el compromiso adscribiendo a la "Iniciativa de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la sífilis en Latinoamérica" impulsada por OPS y UNICEF.



Bibliografia

Listeriosis in Pregnancy: Diagnosis, Treatment, and Prevention

Vanitha Janakiraman, MD

Vincent Obstetrics and Gynecology Services, Maternal Fetal Medicine, Massachusetts General Hospital, Boston, MA

Listeriosis is a rare disease that causes mild maternal illness, but can be devastating to the fetus. Listeria's rare microbiologic features make it a difficult infection to diagnose and treat: it is an intracellular organism that hides within host cells. Because of the potentially severe consequences, it is important that obstetricians are familiar with the diagnosis, treatment, and prevention of listerial infection.

[Rev Obstet Gynecol. 2008;1(4):179-185]

© 2008 MedReviews®, LLC

Key words: Listeriosis • Intracellular transmission • Fetal listerial infection • Neonatal listerial infection



That's all Folks!