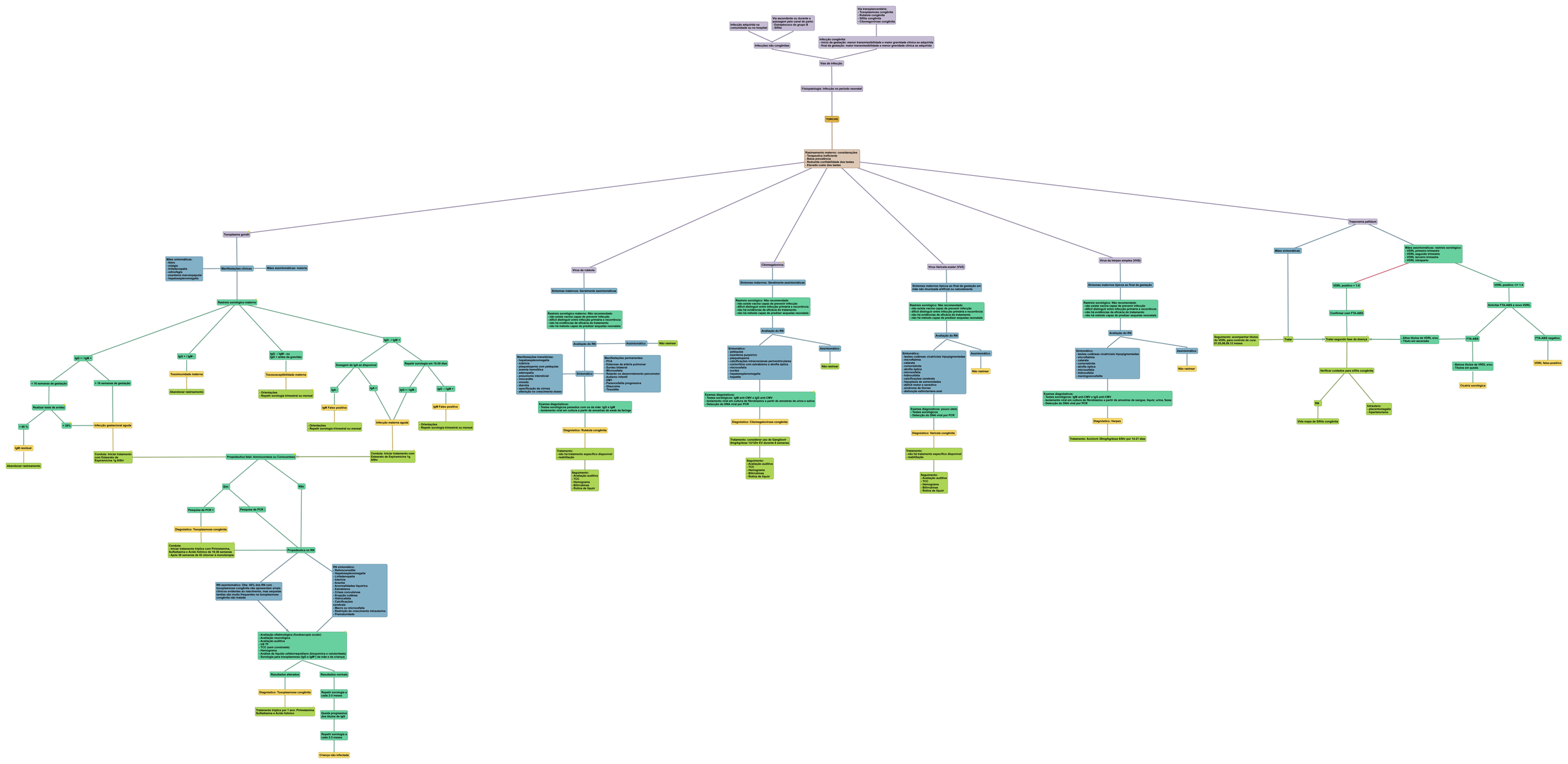
Infecção adquirida na comunidade ou no hospital
Via ascendente ou durante a passagem pelo canal do parto: - Estreptococos do grupo B - Sífilis
Via transplacentária: - Toxoplasmose congênita - Rubéola congênita - Sífilis congênita - Citomegalovirus congênita
Infecções não congênitas
Infecção congênita: - início da gestação: menor transmissibilidade e maior gravidade clínica se adquirida - final da gestação: maior transmissibilidade e menor gravidade clínica se adquirida
Vias de infecção
Fisiopatologia: infecção no período neonatal
TORCHS
Rastreamento materno: considerações - Terapeutica ineficiente - Baixa prevalência - Elevada confiabilidade dos testes - Elevado custo dos testes
Toxoplasma gondii
Manifestações clínicas
Mães assintomáticas: maioria
Mães sintomáticas: - febre - exantema - linfadenopatia - cefaléia - exantema maculopapular - hepatoesplenomegalia
Rastreio sorológico materno
IgG + / IgM +
< 16 semanas de gestação
Realizar teste de avidez
< 60 %
> 60%
IgM residual
Abandonar rastreamento
> 16 semanas de gestação
Infecção gestacional aguda
Conduta: Iniciar tratamento com Espiramicina 1g 8/8hr
IgG + / IgM -
Toxoinfecção materna
Abandonar rastreamento
IgG - / IgM - ou IgG + antes da gravidez
Toxosuscetibilidade materna
- Orientações - Repetir sorologia trimestral ou mensal
IgG - / IgM +
Dosagem de IgA se disponível
Repetir sorologia em 10-20 dias
IgA -
IgM Falso positiva
- Orientações - Repetir sorologia trimestral ou mensal
IgA +
IgG + / IgM -
IgM Falso positiva
- Orientações - Repetir sorologia trimestral ou mensal
IgG + / IgM +
Infecção materna aguda
Conduta: Iniciar tratamento com Espiramicina 1g 8/8hr
Propedeutica fetal: Amniocentese ou Cordocentese
Sim
Pesquisa de PCR +
Diagnóstico: Toxoplasmose congênita
Conduta: - Iniciar tratamento tríplice com Pirimetamina, Sulfadiazina e Ácido fólnico de 15-38 semanas - Após 38 semanas de IG retornar à monoterapia
Pesquisa de PCR -
Não
Propedêutica no RN
RN assintomático: Obs: 85% dos RN com toxoplasmose congênita não apresentam sinais clínicos evidentes ao nascimento, mas sequelas tardias são muito frequentes na toxoplasmose congênita não tratada
RN sintomático: - Retinocoroidite - Hepatoesplenomegalia - Linfadenopatia - Icterícia - Anemia - Anormalidades liquórica - Exantema - Sinais neurológicos - Erupção cutânea - Hidrocefalia - Calcificações - Coriorretinite - Macro ou microcefalia - Restrição do crescimento intrauterino - Prematuridade
- Avaliação oftalmológica (fundoscopia ocular) - Avaliação neurológica - Avaliação auditiva - TCC - VCC (com constraste) - Hemograma - Análise de líquido cefalorraquidiano (bioquímica e celularidade) - Sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM*) da mãe e da criança)
Resultados alterados
Diagnóstico: Toxoplasmose congênita
Tratamento tríplice por 1 ano: Pirimetamina Sulfadiazina e Ácido fólnico
Resultados normais
Repetir sorologia a cada 2-3 meses
Queda progressiva dos títulos de IgG
Repetir sorologia a cada 2-3 meses
Criança não infectada
Vírus da rubéola
Sintomas maternos: Geralmente assintomáticos
Rastreio sorológico materno: Não recomendado - não existe vacina capaz de prevenir infecção - difícil distinguir uma infecção primária e recorrência - não há evidências de eficácia do tratamento - não há método capaz de predizer sequelas neonatais
Avaliação do RN
Assintomático
Não rastrear
Sintomático
Manifestações transitórias: - hepatoesplenomegalia - icterícia - plaquetopenia com petéquias - coagulação intravascular - adenopatia - pneumonia intersticial - exantema - miocardite - diarreia - opacificação da córnea - alteração no crescimento ósseo
Manifestações permanentes: - PCA - Estenose da artéria pulmonar - Surdez bilateral - Catarata - Retardo no desenvolvimento psicomotor - Autismo infantil - PIG - Panencefalite progressiva - Glaucoma - Tireoidite
Exames diagnósticos: - Testes sorológicos pareados com os da mãe: IgG e IgM - Isolamento viral em cultura a partir de amostras de swab da faringe
Diagnóstico: Rubéola congênita
Tratamento: - não há tratamento específico disponível - reabilitação
Seguimento: - Avaliação auditiva - TCC - Hemograma - Bilirrubinas - Rotina de líquor
Citomegalovírus
Sintomas maternos: Geralmente assintomáticos
Rastreio sorológico: Não recomendado - não existe vacina capaz de prevenir infecção - difícil distinguir uma infecção primária e recorrência - não há evidências de eficácia do tratamento - não há método capaz de predizer sequelas neonatais
Avaliação do RN
Assintomático
Não rastrear
Sintomático: - petéquias - exantema purpúrico - pneumonite - calcificações intracranianas periventriculares - coriorretinite com estrabismo e atrofia óptica - microcefalia - icterícia - hepatoesplenomegalia - hepatite
Exames diagnósticos: - Testes sorológicos: IgM anti-CMV e IgG anti-CMV - Isolamento viral em cultura de fibroblastos a partir de amostras de urina e saliva - Detecção do DNA viral por PCR
Diagnóstico: Citomegalovirose congênita
Tratamento: considerar uso de Ganglovir 6mg/kg/dose 12/12hr EV durante 6 semanas
Seguimento: - Avaliação auditiva - TCC - Hemograma - Bilirrubinas - Rotina de líquor
Vírus Varicela-zoster (VVZ)
Sintomas maternos típicos ao final da gestação em mãe não imunizada artificial ou naturalmente
Rastreio sorológico: Não recomendado - não existe vacina capaz de prevenir infecção - difícil distinguir uma infecção primária e recorrência - não há evidências de eficácia do tratamento - não há método capaz de predizer sequelas neonatais
Avaliação do RN
Assintomático
Não rastrear
Sintomático: - lesões cutâneas cicatriciais hipopigmentadas - microftalmia - catarata - corioretinite - atrofia óptica - microcefalia - hidrocefalia - meningoencefalite - hipoplasia de extremidades - déficit motor e sensitivo - disfunção de esfíncteres - disfunção esofincteriana anal
Exames diagnósticos: provo clínico - Testes sorológicos - Detecção do DNA viral por PCR
Diagnóstico: Varicela congênita
Tratamento: - não há tratamento específico disponível - reabilitação
Seguimento: - Avaliação auditiva - TCC - Hemograma - Bilirrubinas - Rotina de líquor
Vírus do herpes simplex (VHS)
Sintomas maternos típicos ao final da gestação
Rastreio sorológico: Não recomendado - não existe vacina capaz de prevenir infecção - difícil distinguir uma infecção primária e recorrência - não há evidências de eficácia do tratamento - não há método capaz de predizer sequelas neonatais
Avaliação do RN
Assintomático
Não rastrear
Sintomático: - lesões cutâneas cicatriciais hipopigmentadas - microftalmia - catarata - corioretinite - atrofia óptica - microcefalia - hidrocefalia - meningoencefalite
Exames diagnósticos: - Testes sorológicos: IgM anti-CMV e IgG anti-CMV - Tratamento viral em cultura de fibroblastos a partir de amostras de sangue, líquór, urina, fezes - Detecção do DNA viral por PCR
Diagnóstico: Herpes
Tratamento: Aciclovir 20mg/kg/dose 8/8hr por 14-21 dias
Treponema pallidum
Mães assintomáticas
Mães sintomáticas: rastreio sorológico - VDRL primeiro trimestre - VDRL segundo trimestre - VDRL terceiro trimestre - VDRL intraparto
VDRL positivo >= 1:8
Confirmar com FTA-ABS
Tratar
Tratar segundo fase da doença
Verificar cuidados para sífilis congênita
RN
Vide mapa de Sífilis congênita
Intrauterino: - pneumopatia - hipertortorismo
Seguimento: acompanhar títulos do VDRL para controle de cura: 01,03,06,09,12 meses
Altos títulos de VDRL sífilis - Título em ascensão
VDRL positivo <= 1:4
Solicitar FTA-ABS e novo VDRL
FTA-ABS
Baixos títulos de VRDL sífilis - Títulos em queda
Cicatriz sorológica
FTA-ABS negativo
VDRL falso-positivo