

¿Existe algún tratamiento?

Tras el diagnóstico de la infección materna (IgG+ IgM+ con baja avidéz en el primer trimestre o alta avidéz en el segundo o tercer trimestre si no se disponía de serología del primer trimestre), se administra a la madre espiramicina 1 gramo cada 8 horas vía oral. Con este tratamiento antibiótico se trata de disminuir la transmisión de la madre al bebé. Cuanto antes se instaure el tratamiento más probabilidad de disminuir la transmisión al feto.

Si se confirma que el bebé está infectado (amniocentesis positiva) se cambiará el tratamiento de la madre a pirimetamina, sulfadiacina y ácido folínico hasta el final de la gestación.

Con estos tratamientos se intenta evitar la aparición de lesiones en fetos infectados y minimizar así los síntomas al nacimiento. Cuanto antes se instaure el tratamiento más probabilidades de tener un recién nacido sano.

Si el bebé no está infectado, mantendremos el tratamiento de espiramicina a la madre hasta el momento del parto.

¿Qué síntomas puede tener mi bebé al nacimiento?

Los bebés afectados pueden tener alteraciones neurológicas, inflamación del hígado y alteraciones de la visión. En estos casos se suelen diagnosticar antes de nacer mediante ecografía y resonancia magnética.

A todos los bebés infectados, aunque no tengan síntomas al nacimiento se les hacen diversas pruebas y se les administra un tratamiento con sulfadiacina y pirimetamina. El recién nacido seguirá controles periódicos en la unidad de infectología pediátrica. Durante el embarazo, los padres conocerán y podrán hablar con el servicio de infectología pediátrica para conocer más detalles del seguimiento postnatal.

¿Se adelantará mi parto?

No, el parto se dejará que llegue hasta el final del embarazo. Si no el bebé podría tener más problemas derivados de la prematuridad.

¿Cómo será el parto?

El parto será un parto vaginal a no ser que exista una indicación específica para hacer una cesárea como en cualquier otro embarazo.

¿Podré darle lactancia materna?

Si. La lactancia materna está indicada en casos de bebés infectados por toxoplasmosis.

INFECCIÓN POR TOXOPLASMOSIS EN LA GESTACIÓN



¿Qué es la toxoplasmosis y cómo se transmite?

El *Toxoplasma gondii* es un parásito protozoario.

Se transmite fundamentalmente tras la ingesta de quistes del parásito presentes en carne cruda, embutidos, verduras o agua contaminada. Las mujeres embarazadas pueden transmitir la toxoplasmosis a través de la placenta a su hijo produciendo una infección congénita.

La infección congénita (bebé infectado) por *Toxoplasma* está disminuyendo y se estima que su incidencia actual es de 1 de cada 10.000 recién nacidos.

¿Cómo se previene la infección por toxoplasmosis?

La mejor manera de prevenir la infección es lavarse las manos antes de manipular alimentos, cocinar la carne a alta temperatura y evitar las carnes crudas o embutidos. El embutido puede congelarse a menos de 18°C durante más de 24 horas. Se aconseja lavar las frutas y verduras antes de ingerirlas y usar guantes si se realiza jardinería o se limpia el arenero de los gatos donde están las heces.

¿Cómo se diagnostica la toxoplasmosis en una embarazada?

La infección en la madre es asintomática en la mayoría de los casos. Uno de los síntomas más frecuentes es el cansancio, que suele enmascarse con el cansancio propio del embarazo. A veces puede aparecer dolor de cabeza, fiebre y dolor muscular. Por eso la manera más eficaz de diagnosticar una

infección en la madre es la serología. A través de los anticuerpos IgG e IgM y de la avidéz de la IgG, podemos diagnosticar el tipo de infección en una mujer embarazada:

IgG- IgM-: Paciente no inmunizada

IgG+ IgM-: Infección pasada. Paciente inmunizada.

IgG+ IgM+ con baja avidéz: Infección muy reciente hace menos de 12 semanas.

IgG+ IgM+ con alta avidéz: Infección reciente pero hace más de 12 semanas.

¿Cómo se diagnostica la infección en mi bebé?

Mediante una amniocentesis. Esta debe realizarse a partir de la semana 18 de embarazo o cuatro semanas después de la sospecha de la infección materna a partir de la segunda mitad del embarazo. Esta prueba es segura y tiene mínimas complicaciones. La probabilidad de error en el diagnóstico de la infección fetal es muy baja.

En el primer trimestre de embarazo la transmisión madre-hijo es de un 15%, un 30% en el segundo trimestre y un 70% en el tercer trimestre.

Si se detecta *Toxoplasma* en el líquido amniótico indica que el bebé está infectado, pero eso no quiere decir que esté afectado.

¿Cómo se sabe si mi hijo está afectado? Si aparecen lesiones en la ecografía o la resonancia magnética (

que está indicada en los casos de fetos infectados), sobre todo a nivel del sistema nervioso central, las probabilidades de afectación son muy altas.

También pueden aparecer lesiones a nivel del hígado.

Debes saber que si la infección ocurrió en el primer trimestre de la gestación, las probabilidades de que el bebé tenga algún síntoma al nacimiento son mayores, y en la mayoría de los casos se ven durante el embarazo a través de la ecografía.

Si la infección ocurrió en el segundo o tercer trimestre tienes muchas probabilidades de que tu hijo no tenga lesiones graves salvo afectación ocular como coriorretinitis.

¿Qué controles seguiré en el embarazo? Si el feto está infectado se realizarán ecografías específicas del sistema nervioso central llamadas neurosonografías para detectar lesiones neurológicas.

El control ecográfico se realizará cada cuatro semanas a no ser que aparezcan lesiones en cuyo caso se estrechará el seguimiento.

También se realizará una resonancia magnética en la semana 28 para descartar lesiones en el sistema nervioso central del bebé.

Si el bebé no está infectado (amniocentesis negativa), se realizarán ecografías de control cada cuatro semanas.

