

**HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA. SERVICIO DE INFECTOLOGÍA
PROTOCOLO DE TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA**

1. AUTOR
2. REVISORES
3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES
4. JUSTIFICACIÓN
5. ALCANCE
6. PROPÓSITO
7. OBJETIVO GENERAL
8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
9. ANTECEDENTES LOCALES DEL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD
10. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD
11. EPIDEMIOLOGÍA
12. DEFINICIÓN
13. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
14. HALLAZGOS DE LABORATORIO
15. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
16. EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDOS
17. TRATAMIENTO
18. SEGUIMIENTO
19. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO
20. RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE/FAMILIA/MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE CONTROL
21. CUÁNDO REFERIR
22. REFERENCIAS
23. ANEXOS
 - Hoja de resumen de alta por Infectología paciente con Toxoplasmosis congénita
 - Uso de ácido fólico VIAL en pacientes con Toxoplasmosis Congénita

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Departamento de Medicina	CÓDIGO: PR-19-16	Página 2 de 15
	Título Protocolo de Toxoplasmosis Congénita	Edición: Abril 2020	
	Elaborado: Dra. Ximena Norero Servicio de Infectología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

1. AUTOR:

Dra. Ximena Norero, Servicio de Infectología Hospital del Niño: Dr. José Renán Esquivel.

2. REVISORES:

Dra. Elizabeth Castaño, Dra. Dora Estripeaut, Dra. Jacqueline Levy, Servicio de Infectología, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:

El autor y los revisores que contribuyeron en la elaboración y revisión de este documento declaran que no existen conflictos de intereses que puedan influir en el contenido.

4. JUSTIFICACIÓN

La toxoplasmosis congénita es una enfermedad prevenible, ya que la detección temprana de la infección en la embarazada y el tratamiento oportuno tanto en la embarazada como en el recién nacido tiene un impacto en la disminución de las secuelas visuales o neurológicas. El diagnóstico en la embarazada se evidencia por la seroconversión durante el embarazo o ante la presencia de serología positiva por IgM. Toda embarazada a la cual se le diagnostica infección reciente por *Toxoplasma gondii*, debe recibir tratamiento oportuno. La mayoría de los recién nacidos son asintomáticos, sin embargo, hasta un 80% desarrollan secuelas en el primer año de vida. El diagnóstico neonatal ofrece retos, por lo cual estos recién nacidos deben recibir un seguimiento serológico estrecho con un tratamiento oportuno para confirmar la infección.

5. ALCANCE

La población de este protocolo incluye todo los recién nacidos hijos de madre con toxoplasmosis durante el embarazo y aquellos recién nacidos con cuadro clínico y de laboratorio sugestivo de infección congénita por *Toxoplasma gondii*.

Los usuarios potenciales del protocolo de atención son todos aquellos profesionales de la salud que intervienen en la atención de los recién nacidos con sospecha o diagnóstico confirmado de toxoplasmosis congénita.

6. PROPÓSITO

Elaborar e implementar un protocolo de atención que nos permita atender de una manera uniforme e integral a todos los recién nacidos con sospecha o diagnóstico confirmado de toxoplasmosis congénita que se atienden en el Hospital del Niño doctor José Renán Esquivel.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Departamento de Medicina	CÓDIGO: PR-19-16	Página 3 de 15
	Título Protocolo de Toxoplasmosis Congénita	Edición: Abril 2020	
	Elaborado: Dra. Ximena Norero Servicio de Infectología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

7. OBJETIVO GENERAL

Establecer un protocolo de diagnóstico y tratamiento para los recién nacidos con diagnóstico de toxoplasmosis congénita.

8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Capacitar al personal médico en el adecuado diagnóstico y manejo de la enfermedad.
- b. Elevar la calidad de la atención médica de los recién nacidos.
- c. Ofrecer información actualizada para optimizar la orientación clínica-terapéutica de la enfermedad

9. ANTECEDENTES LOCALES DEL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Contamos con datos locales de seroprevalencia de infección por *Toxoplasma gondii* en embarazadas de 50%, La tasa de seroconversión de 0.4% y asumiendo una tasa de transmisión perinatal de 30-40%, la incidencia estimada de toxoplasmosis congénita sería de 1.4/1000 nacidos vivos (1.2-1.6/1000). Extrapolando esta cifra a la población del país (aproximadamente 70000 nacimientos por año), debemos esperar entre 84 y 112 recién nacidos anuales con toxoplasmosis congénita.

Para el año 2017-2018 se atendieron en la consulta externa de Infectología un total de 21 recién nacidos con diagnóstico de toxoplasmosis congénita.

10. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD:

Toxoplasmosis Congénita. CIE-10 B58

11. EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia de toxoplasmosis congénita varía en diferentes países. A nivel mundial se describe incidencia de Toxoplasmosis congénita 1:1000 a 1:10000 nacidos vivos. En América Latina 1-3 /1000 nacidos vivos. La seroprevalencia en embarazadas descritas en países América Latina van de 25-50 %.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Departamento de Medicina	CÓDIGO: PR-19-16	Página 4 de 15
	Título Protocolo de Toxoplasmosis Congénita	Edición: Abril 2020	
	Elaborado: Dra. Ximena Norero Servicio de Infectología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

12. DEFINICIÓN

La toxoplasmosis congénita es la infección fetal por transmisión transplacentaria del parásito *Toxoplasma gondii* en el transcurso del embarazo

13. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Clínicos

Los signos y síntomas de la toxoplasmosis congénita son muy variados y mantiene clínica semejante con otras infecciones congénitas.

Las lesiones coriorretinianas y encefálicas son las más típicas y también las más graves.

Tabla 1. Hallazgos clínicos

Enfermedad neurológica		Enfermedad generalizada	
Coriorretinitis	(94%)	Esplenomegalia	(90%)
Alteraciones en LCR	(55%)	Ictericia, anemia	(77%)
Microcalcificaciones encefálicas	(50%)	Fiebre	(77%)
Convulsiones	(50%)	Hepatomegalia	(77%)
Hidrocefalia	(29%)	Linfadenopatías	(68%)
Microcefalia	(13%)	Coriorretinitis	(66%)
Cataratas	(5%)	Neumonitis	(41%)
		Exantema	(25%)
		Eosinofilia	(18%)

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Departamento de Medicina	CÓDIGO: PR-19-16	Página 5 de 15
	Título Protocolo de Toxoplasmosis Congénita	Edición: Abril 2020	
	Elaborado: Dra. Ximena Norero Servicio de Infectología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

14. ESTUDIOS ANALÍTICOS, IMAGEN Y MICROBIOLOGÍA AL RECIÉN NACIDO.

1. Hemograma y bioquímica completa con función hepática.
2. Fondo de ojo (es muy aconsejable que sea realizado por un oftalmólogo habituado a niños).
3. Estudio de imagen: ecografía cerebral transfontanelar o RM cerebral. Los hallazgos de neuroimagen más característicos son las calcificaciones y la hidrocefalia.
4. Estudio citoquímico del LCR.
5. Estudios serológicos.
Obligado: IgM e IgG en la primera semana de vida. Si está disponible, realizar también IgA.
6. Estudio moleculares:
Recomendado: PCR en sangre, LCR y orina.

15. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Otras infecciones intrauterinas como:

- Rubéola congénita
- Citomegalovirus congénito
- Sífilis
- Zika congénito
- Herpes congénito
- Varicela congénita
- Anomalías retinianas congénitas

16. EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDOS

Todo recién nacido con diagnóstico de Toxoplasmosis congénita debe recibir tratamiento.

a. Recién nacido con Toxoplasmosis congénita

- Recién nacido sintomático con Ig M y/o IgA positiva.
- Recién nacido sintomático con IgM e IgA negativas, con historia de toxoplasmosis gestacional o con historia de toxoplasmosis gestacional confusa pero con resultado de PCR positiva en sangre, orina o placenta.
- Recién nacido asintomático con historia de toxoplasmosis gestacional y:
 - IgM/ IgA positiva en sangre al nacimiento
 - PCR en sangre , orina o LCR positiva al nacimiento
 - PCR positiva en placenta
 - Antecedente de PCR positiva en líquido amniótico

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Departamento de Medicina	CÓDIGO: PR-19-16	Página 6 de 15
	Título Protocolo de Toxoplasmosis Congénita	Edición: Abril 2020	
	Elaborado: Dra. Ximena Norero Servicio de Infectología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

b. Recién nacido con Toxoplasmosis congénita dudosa:

- Antecedente de infección gestacional confirmada, asintomático al nacimiento, IgM, IgA y PCR negativas. Valorar momento de la infección materna.
- Infección gestacional en el primer trimestre y recién nacido asintomático.
- Infección gestacional en el segundo trimestre :
 - Seguimiento de la IgG sin tratamiento. Si se negativiza dar de alta.
 - Si persiste positiva luego de 6 meses o no hay un descenso significativo, dar tratamiento y repetir IgG mensual.
 - Si no desciende en 2-4 meses, repetir fondo de ojo, considerar resonancia magnética cerebral.
- Infección gestacional en el tercer trimestre
 - Frecuentemente asintomáticos
 - Realizar seguimiento serológico de IgG
 - Dar tratamiento completo
- Recién nacidos con síntomas característicos pero con IgM, IgA y PCR negativa, deben descartarse otras infecciones e iniciar tratamiento con seguimiento de IgG.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Departamento de Medicina	CÓDIGO: PR-19-16	Página 7 de 15
	Título Protocolo de Toxoplasmosis Congénita	Edición: Abril 2020	
	Elaborado: Dra. Ximena Norero Servicio de Infectología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

17. TRATAMIENTO DE RECIÉN NACIDO CON TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA

CARACTERÍSTICAS	TRATAMIENTO	DURACIÓN
Infección congénita sintomática	Pirimetamina 1mg/kg /cada 12 horas por 48 horas y luego 1mg/Kg /día hasta 6 meses luego cambiar intervalos de dosis a lunes, miércoles y viernes (L,M,V) desde los 6 a los 12 meses. Sulfadiazina 100mg/kg/día BID los 12 meses Ácido Folínico 5-10mg día VO (L, M,V)	12 meses
Infección congénita sintomática+ afectación de LCR y/o coriorretinitis	Se añade al tratamiento anterior prednisona 1mg/kg/día BID	Corticoide hasta normalización de valores de LCR o reducción de inflamación de la retina
Infección congénita asintomática	Igual esquema de Pirimetamina +Sulfadiazina + ácido Folínico	Puede considerarse a partir del 2-6 meses la dosis de pirimetamina a días alternos (L, M, V) hasta los 12 meses.
Infección dudosa	Igual esquema de Pirimetamina + Sulfadiazina + Ácido folínico	Se mantiene hasta descartar la infección

Tratamiento alternativo

Clindamicina: poca evidencia en uso para Toxoplasmosis congénita. Se describe dosis de 25-30 mg/kg/ día cada 6 horas. Su uso está descrito en casos de alergia a sulfadiazina. Esquema recomendado clindamicina + pirimetamina.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Departamento de Medicina	CÓDIGO: PR-19-16	Página 8 de 15
	Título Protocolo de Toxoplasmosis Congénita	Edición: Abril 2020	
	Elaborado: Dra. Ximena Norero Servicio de Infectología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

- **DIAGNÓSTICO LUEGO DEL PERÍODO NEONATAL:**

El alto porcentaje de asintomáticos al nacimiento y la dificultad en el diagnóstico pueden favorecer el retraso del diagnóstico.

La principal secuela de los recién nacidos no tratados es la coriorretinitis (70%). Por tal el diagnóstico de Toxoplasmosis congénita debe considerarse en niños con síntomas oculares como (ceguera, estrabismo, nistagmos, cataratas) y/o síntomas neurológicos (convulsiones, retraso psicomotor, microcefalia). En estos casos debe solicitarse evaluación por oftalmología y estudios de neuroimagen en busca de (calcificaciones intracraneales, hidrocefalia) y solicitar serología para *Toxoplasma gondii*. Un resultado de IgG negativa excluye la infección.

En el caso de IgG positiva debemos distinguir entre lactantes menores de 1 año y lactantes mayores de 1 año.

Criterios diagnósticos

1. Lactantes menores de 1 año:

- Anticuerpos IgM, IgA o Ig E específicos positivos
- PCR con detección de T. Gondii de tejido o fluido corporal
- Elevación significativa de IgG en los primeros 12 meses
- Persistencia de IgG después de los 12 meses

No hay evidencia sobre la eficacia del tratamiento iniciado fuera del período neonatal, se recomienda que en niños sintomáticos diagnosticados retrospectivamente en el 1 año de vida se inicie el tratamiento y dosis recomendada para el período neonatal prolongándose por 1 año en los menores de 4 meses y en los mayores de 4 meses pueden utilizarse pautas de tratamiento más cortas (3-4 meses) si no hay coriorretinitis, ni alteración en las pruebas de neuroimagen.

2. Niños mayores de 1 año

- El tratamiento es controversial, no hay evidencia en el paciente asintomático.
- Se recomienda seguimiento oftalmológico y neurológico a largo plazo.
- En el grupo de niños sintomáticos se recomienda tratamientos más cortos (3-4 meses) para disminuir las secuelas a largo plazo.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Departamento de Medicina	CÓDIGO: PR-19-16	Página 9 de 15
	Título Protocolo de Toxoplasmosis Congénita	Edición: Abril 2020	
	Elaborado: Dra. Ximena Norero Servicio de Infectología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

18. SEGUIMIENTO

- Seguimiento serológico del RN de anticuerpos IgG, IgM e IgA.
 - o Si la IgG se negativiza, suspender el tratamiento y confirmar la negatividad en 2 controles separados de 4-6 semanas.
 - o Si la IgG se convierte a positiva, reiniciar tratamiento por 12 meses.
 - o Si la IgG permanece negativa se considera falso diagnóstico.
- En niños asintomáticos sin confirmación microbiológica los seguimientos serológicos se deben realizar cada 2-3 meses. Por lo general los niños no infectados se negativiza a los 6-9 meses (IgG)
- El tratamiento puede disminuir o negativizar transitoriamente la síntesis de anticuerpos, por lo que a los pacientes tratados se recomienda repetir la serología al mes y 3 meses luego de suspender el tratamiento antes de considerarlos no infectados.
- El seguimiento clínico deber ser multidisciplinario, con evaluaciones de perímetro cefálico, desarrollo psicomotor, fijación de la mirada y aparición de estrabismo o nistagmos.
- Seguimiento oftalmológico, auditivo, neurológico.
- Niños con tratamiento debe ajustarse las dosis de los medicamentos y vigilar toxicidad hematológica, cutánea y renal principalmente.
- Hemograma cada 10 días el primer mes para evaluar cifra de neutrófilos, luego cada 2-3 semanas hasta que la dosis de pirimetamina se administre en días alternos (6 meses) y luego cada mes hasta finalizar el tratamiento.
- Pruebas de función hepática y renal, sedimento en orina una vez al mes

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Departamento de Medicina	CÓDIGO: PR-19-16	Página 10 de 15
	Título Protocolo de Toxoplasmosis Congénita	Edición: Abril 2020	
	Elaborado: Dra. Ximena Norero Servicio de Infectología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

***En caso de toxicidad farmacológica:**

1. Neutropenia:
 - Conteo de NE entre 1000-1500: no aumentar dosis de pirimetamina(según peso corporal)
 - Conteo de NE entre 500-1000: aumentar dosis de ácido folínico al doble (máx. 15 mg 3 veces por semana) y disminuir la dosis de pirimetamina a la mitad o administrarla 3 veces por semana hasta que los NE suban por arriba de 1000.
 - Conteo de NE debajo de 500: suspender pirimetamina, mantener ácido folínico a dosis máxima. Si no hay recuperación de NE en 1 semana, suspender sulfadiazina.
 - En el caso de neutropenias repetitivas durante el tratamiento puede escogerse la pauta de pirimetamina 3 veces por semana o sustituir sulfadiazina por clindamicina.
2. Pancitopenia: suspender medicación y mantener ácido folínico.
3. Anemia hemolítica: puede presentarse en caso de deficiencia de G6PD.
4. Erupción medicamentosa: asociado a uso de sulfadiazina y clindamicina.
5. Toxicidad renal: Pueden aparecer depósitos de cristales en túbulos renales por el uso de sulfadiazina. En caso de cristaluria suspender sulfadiazina y luego de la corrección puede iniciarse a la mitad de dosis o sustituir por clindamicina.

19. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

- La mayoría de los recién nacidos con toxoplasmosis congénita son asintomáticos al nacimiento pero alrededor del 80% que no recibe tratamiento desarrollará secuelas neurológicas y oftalmológicas durante su infancia y adolescencia.
- El tratamiento prenatal (embarazo) busca disminuir el riesgo de transmisión fetal y sus secuelas.
- El tratamiento posnatal por 12- 24 meses ha demostrado disminuir las secuelas neurológicas y visuales. además disminuyen los riesgo de recaída a lo largo de la vida.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Departamento de Medicina	CÓDIGO: PR-19-16	Página 11 de 15
	Título Protocolo de Toxoplasmosis Congénita	Edición: Abril 2020	
	Elaborado: Dra. Ximena Norero Servicio de Infectología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

20. RECOMENDACIONES DE PREVENCIÓN:

1. Embarazada

- Captación de la embarazada no inmune en el primer trimestre del embarazo (IgG negativa)
- Recomendaciones a la embarazada no inmune:
 - o No comer carne cruda
 - o Lavado de frutas y verduras
 - o Lavarse las manos luego de manipular carne cruda o verduras
 - o Evitar contacto con heces de gatos
 - o En labores de jardinería, protegerse las manos con guantes
 - o No consumir embutidos

2. Recién nacido

- Evaluar antecedentes de serología materna por Toxoplasmosis de la madre.
- Ante la sospecha clínica y / o estudios de imagen realizar estudios completos para descartar Toxoplasmosis congénita en el recién nacido.
- Iniciar tratamiento en caso confirmado o sospechoso de Toxoplasmosis congénita.

21. CUÁNDO REFERIR

Referir a Infectología todo recién nacido con diagnóstico o sospecha de Toxoplasmosis congénita.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Departamento de Medicina	CÓDIGO: PR-19-16	Página 12 de 15
	Título Protocolo de Toxoplasmosis Congénita	Edición: Abril 2020	
	Elaborado: Dra. Ximena Norero Servicio de Infectología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

22. REFERENCIAS

1. American Academy of Pediatrics. *Toxoplasma gondii* infections (Toxoplasmosis). In: *Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases*, 30th, Kimberlin DW (Ed), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2015. p.787.
2. Remington JS, McLeod R, Wilson CB, Desmonts G. Toxoplasmosis. In: *Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant, 7th ed*, Remington, JS, Klein, JO, Wilson, CB, et al (Eds), Elsevier Saunders, Philadelphia 2011. p.918.
3. McAuley JB, Boyer KM, Remington JS, McLeod RL. Toxoplasmosis. In: *Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 7th*, Cherry JD, Harrison GJ, Kaplan SL, et al. (Eds), Elsevier Saunders, Philadelphia 2014. p.2987.
4. McLeod R, Lykins J. Management of congenital toxoplasmosis. *Current Pediatr Rep.* 2014; 2: 166-194
5. Baquero Artiaga O, Castillo F. Guía de la sociedad española de Infectología Pediátrica para el diagnóstico y tratamiento de la Toxoplasmosis congénita. *An Pediatr(Barc)* 2013; 79(2):116
6. Rosso F, Agudelo A, Isaza A, Montoya JG. Toxoplasmosis congénita: aspectos clínicos y epidemiológicos de la infección durante el embarazo. *Colombia médica*. Vol. 38 N° 3, 2007 (Julio-Septiembre).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Departamento de Medicina	CÓDIGO: PR-19-16	Página 13 de 15
	Título Protocolo de Toxoplasmosis Congénita	Edición: Abril 2020	
	Elaborado: Dra. Ximena Norero Servicio de Infectología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

Hoja de resumen de alta por Infectología paciente con Toxoplasmosis congénita

Resumen de alta por Infectología paciente con Toxoplasmosis congénita

Fecha: _____

Nombre del Rn: _____

Cédula o registro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de egreso: _____

Nombre de la Madre: _____ Cédula o ID: _____

Estudios diagnósticos iniciales:

- Serología
 - o IgM
 - Positiva
 - Negativa
 - Zona gris
 - o IgG
 - positiva
 - negativa
 - zona gris
- PCR (colocar positivo o negativo)_____ en:
 - o Sangre
 - o LCR
 - o Líquido amniótico
- Estudio de imagen cerebral
 - o Ultrasonido Tomografía
- Hallazgos:
 - o Normal
 - o Calcificaciones intracraneales
 - o Hidrocefalia
 - o Ambas
 - o Otro: _____
- Evaluación Oftalmológica
 - o Normal
 - o Coriorretinitis OD OI
 - ambos
 - o Vitreítis OD OI
 - ambos
 - o Otro _____
- Evaluación Auditiva
 - o Normal
 - o Anormal _____

Recibió tratamiento con:

- o Corticoides Sí No
- o Pirimetamina + Sulfadiazina
- o Pirimetamina + Clindamicina
- o Trimetoprim/Sulfametoxazol
- o Esquemas alternos según disponibilidad

Tiempo de tratamiento:

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Departamento de Medicina	CÓDIGO: PR-19-16	Página 14 de 15
	Título Protocolo de Toxoplasmosis Congénita	Edición: Abril 2020	
	Elaborado: Dra. Ximena Norero Servicio de Infectología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

Eventos adversos del tratamiento: Sí _____ No _____

Cuál/es _____

Se descartó infección congénita : Sí _____ No _____

(si la respuesta es positiva) Porque _____

Ha sido evaluado/a por el servicio de Infectología del Hospital del Niño doctor José Renán Esquivel por diagnóstico de Toxoplasmosis congénita, dando de alta a los _____ (colocar la edad de vida que tiene al alta) _____, encontrándose en este momento _____ (colocar secuelas o si se encuentra asintomático) _____.

Atentamente,

 Pediatra Infectólogo(a)
 Servicio de Infectología Pediátrica
 HNJRE

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Departamento de Medicina	CÓDIGO: PR-19-16	Página 15 de 15
	Título Protocolo de Toxoplasmosis Congénita	Edición: Abril 2020	
	Elaborado: Dra. Ximena Norero Servicio de Infectología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

Uso de ácido fólico vial en pacientes con Toxoplasmosis Congénita

Presentación: ácido fólico vial 50mg/ 5ml (costo por vial B/.20.00)

Dosis: 10 mg (lunes, miércoles y viernes)

Dar 2 ampollas por receta (esto equivale a 10 dosis / 3 semanas +1 día de tratamiento)

Recomendación de administración:

Extraer las 10 dosis en 10 jeringuillas de 1ml, colocar en una bolsa o envase en refrigeración y administrar los días indicados 1ml vía oral)

