



Consenso Toxoplasmosis Congénita

Asociación Argentina de Zoonosis - A A Z-

Reunión de los días 30 de setiembre y 1 de octubre de 2005, en Buenos Aires. Asociación Argentina de Zoonosis (AAZ)

Presidente de la Asociación Argentina de Zoonosis

Dr Roberto Cacchionne.

Director del Instituto de Zoonosis

Dr Oscar E. Lencinas

Responsable y coordinador de la reunión de consenso

Ricardo Durlach

Auspiciado por la Sociedad Argentina de Infectología (SADI)

El soporte económico del Laboratorio Bio-Merieux fue irrestricto.

Organización: Karina Véliz de Okorganizaciones

La toxoplasmosis congénita es una enfermedad mayormente prevenible, y cuyo diagnóstico precoz permite efectuar intervenciones que mejoran su pronóstico. La Asociación Argentina de Zoonosis organizó una reunión de expertos para responder algunas preguntas que hacen a la situación de diagnóstico, prevención y tratamiento de esta enfermedad en nuestro país. La sede de la reunión fue el Instituto de Zoonosis "Luis Pasteur" en la Avenida Díaz Vélez 4821, de la Ciudad de Buenos Aires.

PRESENTES EN EL TALLER DE CONSENSO.

Walter Ferreira. Director del Instituto de Medicina Tropical de San Pablo, Profesor del Departamento de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo, Brasil; **Eduardo Guarnera:** Vice-presidente de la Comisión directiva de la AAZ. Coordinador de la red nacional de toxoplasmosis y paludismo. INEI, ANLIS. "Carlos G Malbrán" eguarnera@anlis.gov.ar; **Ricardo Durlach.** Médico infectólogo. Comisión Directiva de la AAZ. Coordinador del Centro de Toxoplasmosis del Hospital Alemán. rdurlach@hospitalaleman.com; **Néstor I. Gutiérrez:** Profesor de Parasitología de la Facultad de Medicina UN Tucumán. niguti@hotmail.com; **Marcelo Rodríguez.** INEI, ANLIS. "Carlos G. Malbrán"; **Liliana Vázquez;** Médica infectóloga del Centro de Estudios Infectológicos. lilianavazquez@gmail.com; **Edgardo Sturba.** Bioquímico del Centro de Estudios Infectológicos. cei@serologia.com.ar; **Cristina Freuler.** Médica infectóloga. Jefa del Servicio Infectología. Hospital Alemán. cfreuler@yahoo.com; **Hector Freilij.** Médico infectólogo Jefe, Hospital de Niños R Gutiérrez. freilij@sinectis.com.ar; **Jaime Altcheh** Médico infectólogo, Hospital de Niños R Gutiérrez. jaltcheh@intramed.net.ar; **Liliana Carral.** Bioquímica. Laboratorio de toxoplasmosis del Hospital Alemán. labtoxo@hospitalaleman.com; **Federico Kaufer.** Bioquímico. Laboratorio de toxoplasmosis del Hospital Alemán. labtoxo@hospitalaleman.com; **Mónica Nadal.** Laboratorio Central de la Maternidad Ramón Sardá; **Héctor Arienti.** Jefe de Parasitología del Laboratorio Central del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Referente jurisdiccional en la Red Nacional de Toxoplasmosis. harianti@yahoo.com; **María L. Dalla Fontana.** Red de laboratorios de la Provincia Santa Fe. labcen@infovia.com.ar; Cristina Salomón. Profesora Titular de la Cátedra de Parasitología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuyo. Provincia de Mendoza. csalomon@fcm.uncu.edu.ar; **Mariana Ceriotto.** Médica infectóloga. Hosp. Cecilia Gierson. Provincia de Buenos Aires. mceriotto@intramed.net.ar ; **Rosana Corazza.** Médica infectóloga. Hospital Eva Perón. San Martín. Provincia. Buenos Aires. rcorazza@arnet.com.ar; **Silvia González Ayala.** Médica pediatra infectóloga Jefe de Servicio Enfermedades Infecciosas. Hospital Sor María Ludovica de La Plata. silvia.segayala@gmail.com; **Emilio Cecchini.** Profesor de Infectología. La Plata. emilio.cecchini@gmail.com

La reunión de consenso se propuso dar respuesta a las siguientes preguntas.

- **¿Es posible que en el país se pueda realizar un programa de tamizaje de la infección aguda toxoplásmica en la mujer embarazada?**
- **Las pruebas serológicas disponibles ¿son fáciles de realizar o requieren una capacitación especial?**
- **Un programa nacional de tamizaje de la toxoplasmosis aguda en la embarazada ¿es costo-efectivo?**
- **¿Existen pruebas de laboratorio accesibles económicamente para los laboratorios instalados en las maternidades que puedan realizar el primer paso en el tamizaje, para la detección de la infección aguda?**
- **Las pruebas disponibles ¿tienen la sensibilidad y especificidad necesarias para el propósito de la detección temprana?**
- **Después de la detección de pruebas positivas, ¿se requiere la confirmación con nuevas pruebas más complejas para confirmar o descartar el diagnóstico?**
- **Para resolver la brecha que surge de la sensibilidad y la especificidad de las pruebas de tamizaje y su confirmación, para decidir la necesidad de instaurar un tratamiento.**
- **¿Corresponde efectuar más de una prueba? Conjuntamente o en serie? ¿Cuáles?**
- **El médico que asume el control de la embarazada ¿requiere una formación especial?**
- **Los casos confirmados que requieran tratamiento, los mismos ¿pueden ser efectuados por un especialista en infectología, pediatría, neonatología, obstetricia o médico generalista?**
- **Los casos confirmados y tratados oportunamente ¿responden al tratamiento?**
- **El programa aplicado en nuestro país y otros países, ¿ha demostrado reducir efectivamente la morbilidad y mortalidad?**
- **El programa ¿puede ser evaluado a través de indicadores objetivos de eficiencia?**

UN PROGRAMA DE TAMIZAJE.

La primera pregunta que corresponde hacer cuando se organiza un programa de tamizaje (*screening*) es si la enfermedad en cuestión es prevenible y si su diagnóstico precoz permite efectuar intervenciones que mejoren su pronóstico.

La toxoplasmosis en la embarazada y el neonato es una enfermedad elegible para incluir en un programa nacional de tamizaje porque:

- a) La infección librada a su evolución natural puede causar daño grave e irreversible.
- b) El tratamiento efectuado en la embarazada es más beneficioso para el hijo.
- c) Es posible la identificación de las mujeres en edad fértil susceptibles, cuando se acercan a un centro de salud.
- d) La ecuación costo-beneficio es aparentemente muy favorable.
- e) Es aceptable considerar que el tratamiento en la embarazada permite reducir la tasa de transmisión al feto.
- f) El programa de tamizaje puede contar con pruebas que son válidas, económicas, fáciles de realizar y que no le signifiquen molestias al paciente.
- g) Las pruebas de tamizaje permiten identificar un grupo reducido de mayor riesgo para un estudio más especializado, que si bien son pruebas más complejas, ofrecen mayor seguridad en el diagnóstico.
- h) El objetivo primario de un programa de tamizaje de toxoplasmosis en la embarazada y los neonatos es reducir la morbilidad y mortalidad a través de la detección temprana y tratamiento oportuno. Su utilidad puede ser evaluada a través de indicadores sencillos y confiables.

LA TOXOPLASMOSIS.

La toxoplasmosis es una zoonosis, de distribución universal, por lo general asintomática y de muy bajo riesgo en las personas inmunocompetentes. Se sabe que más de un tercio de la población mundial está infectada.

Es causada por un protozooario *Toxoplasma gondii*, que se adquiere a partir de la ingesta de comidas contaminadas o de carne cruda o insuficientemente cocida de hospedadores intermediarios. El agua natural y el suelo también son potenciales fuente para la infección.

La toxoplasmosis congénita es una enfermedad mayormente prevenible. Ocurre cuando la mujer susceptible adquiere la infección durante el embarazo y hubo transmisión placentaria. La infección materna es subclínica en la mayoría de los casos, por lo tanto, el diagnóstico se basa en pruebas serológicas de tamizaje.

La enfermedad en el feto se manifiesta en la vida intrauterina o después del nacimiento. Las manifestaciones clínicas que presentan los infectados varía de acuerdo al grado de lesión: coriorretinitis, ceguera, hidrocefalia, calcificaciones intracerebrales, epilepsia, retraso mental o psicomotor.

La transmisión placentaria ocurre en relación lineal con el tiempo de gestación: es baja la frecuencia en el primer trimestre y aumenta hacia el final del embarazo. Según G Desmonts (1979) la probabilidad de adquirir una infección prenatal es aproximadamente del 15%, 50% y 75% para cada uno de los trimestres del embarazo.

La incidencia de la toxoplasmosis congénita, en nuestro país, se estima en 5‰ embarazos, con un rango entre 4,5 y 6,6‰. Efectuando una especulación sobre los 700.000 partos que ocurren en la Argentina por año y a una tasa de transmisión del parásito del 50%, podríamos decir que entre 1500 y 2300 niños padecen toxoplasmosis congénita por año. Esta cifra se reduce al ofrecer tratamiento a un número, que de acuerdo a la experiencia francesa, austríaca y coincidente con la del Hospital Alemán, es menor al 0,5‰.

En Francia, en 1957, en el Instituto de Puericultura de París se diagnosticaron 7 casos de toxoplasmosis congénita en 1085 nacimientos. Hallaron así que esta enfermedad era la principal causa de fetopatías y partos prematuros en el país y a partir de 1978 se hizo obligatorio el control de las embarazadas. Gracias a esta medida en la década del 80 solo se diagnosticaron 2 casos en el referido instituto. Actualmente los casos graves de toxoplasmosis congénita prácticamente no ocurren.

La primoinfección genera en la población general, inmunidad humoral y celular útil como para tener protección *per vitam*, condición que se detecta con técnicas de laboratorio que permiten, por consiguiente, diferenciar la población susceptible de la inmune.

Las mujeres con serología positiva previa al embarazo se consideran población inmune y no requieren nuevos controles.

La población susceptible está compuesta por aquellas embarazadas que no ha padecido una primoinfección.

Para el estudio de la población se deben realizar las denominadas pruebas de tamizaje mediante la investigación de los anticuerpos específicos anti *Toxoplasma gondii*, tipo IgG e IgM.

La primera determinación serológica debe realizarse en las primeras 12 semanas de gestación. Conducta que facilita mucho la interpretación de los resultados. La cinética de los anticuerpos en la infección aguda sigue una curva de ascenso muy rápida y los títulos máximos se alcanzan en las 6 a 12 semanas, según la técnica empleada.

Las pruebas de tamizaje permiten agrupar a las mujeres embarazadas en tres categorías:

- a) Embarazadas susceptibles de infección.
- b) Embarazadas con sospecha de infección reciente.
- c) Embarazada con inmunidad previa.

Para la determinación de IgG debe elegirse una técnica sensible y temprana. Estas características las cumplen las pruebas de inmunofluorescencia indirecta anti IgG, el enzoinmunoensayo, la aglutinación directa y Sabin-Feldman. La técnica de hemoaglutinación indirecta no se recomienda para diagnóstico de toxoplasmosis aguda, ni como única prueba en la embarazada ya que se positiviza tardíamente, a más de dos meses de la primoinfección y por lo tanto no es posible la detección temprana de la seroconversión. Es útil únicamente para realizar encuestas serológicas o diagnóstico de toxoplasmosis previa a la concepción.

Las embarazadas con pruebas serológicas negativas deben ser evaluadas durante el embarazo para pesquisar una posible conversión serológica. La detección de una seroconversión es prueba inequívoca de primoinfección.

Es necesario que el plan de prevención de la toxoplasmosis congénita adopte la norma de realizar un primer control dentro de las primeras 12 semanas de gestación y controles trimestrales. El primer control durante el primer trimestre y el último entre la semana 36 y el parto. Las pacientes deben ser instruidas con las medidas de prevención primaria. (medidas higiénico-dietéticas)

La detección de anticuerpos IgG, en la primera muestra, independientemente del título obtenido, confirma el estado inmune de la paciente, títulos elevados correlacionan con infecciones recientes y se puede confirmar con la IgM.

El hallazgo de ascenso significativo de títulos de IgG en muestras pareadas obtenidas con 14 a 21 días de diferencia es indicio de infección aguda. Este ascenso es poco probable de detectar, es rápido y en general los títulos ya están elevados en la primera muestra, por lo tanto los cambios en los títulos en las muestras pareadas son excepcionales. Las IgM están habitualmente presentes en la infección aguda y ausentes en la crónica. IgM negativa dosada con una técnica de inmunocaptura (ISAGA o DS-ELISA) asociada a la presencia de IgG en baja concentración, prácticamente excluye la infección aguda durante el primero y segundo trimestre permitiendo considerar a estas embarazadas como previamente inmunes. En el tercer trimestre una determinación de IgM negativa no nos permite descartar completamente la posibilidad de una primoinfección temprana durante el embarazo.

Una reacción de IgM positiva, si bien es indicio de infección aguda, no la confirma, y es sabido que las IgM puede persistir con títulos positivos entre 9 y 12 meses de producida la infección.

Los resultados positivos deben ser complementados mediante otras reacciones para confirmar o descartar la infección reciente. Estas reacciones, más complejas, se realizan en los laboratorios de referencia. Se trata de un conjunto de reacciones que dan un perfil serológico que permiten confirmar o descartar una infección aguda. Estas pruebas son las reacciones de Sabin Feldman, inmunofluorescencia indirecta anti IgG, test de Remington, determinación de IgM e IgA específicas por técnicas de inmunocaptura y la prueba de avidéz.

La interpretación final de estos resultados está en manos del médico especializado, en comunicación con los profesionales que realizan las pruebas en el laboratorio.

Es muy importante el diálogo entre el médico que tiene que decidir el tratamiento y el bioquímico que realiza las pruebas diagnósticas. De este intercambio surge la conducta a seguir.

El diagnóstico de infección fetal se puede realizar investigando el líquido amniótico mediante la técnica de reacción de proteínas en cadena, PCR, (detección de ADN del parásito) o aislamiento del parásito por inoculación al ratón. Su indicación no es mandataria. La técnica de PCR no está estandarizada y tiene resultados falsos positivos y negativos. La realización de estudios de líquido amniótico se reserva a situaciones muy especiales, a pacientes con infección aguda confirmada y luego de transcurrido como mínimo 6 semanas después de la infección aguda. No se recomienda hacer en caso de dudas diagnósticas, ni en los casos en los que la paciente tiene diagnóstico serológico y ecográfico de infección aguda. Ante el diagnóstico de infección aguda materna, la evolución fetal se controla con ecografía. Después del parto, se debe evaluar al recién nacido clínica y serológicamente con determinaciones de IgG, IgM e IgA que se comparan con los títulos maternos. Las IgG atraviesan la placenta y el título obtenido al nacimiento y los resultados deben ser comparados con los títulos maternos. Las IgM e IgA no atraviesan la placenta y su hallazgo es indicio de infección prenatal. La presencia de cualquiera de estas inmunoglobulinas en la sangre del recién nacido, independientemente del título de la madre confirma la infección prenatal. De acuerdo a la sensibilidad y especificidad, las técnicas de inmunocaptura, son las más adecuadas. Aún con estas pruebas negativas el niño será considerado libre de infección recién cuando las IgG, de origen materno, se hayan negativizado.

Con el tratamiento a la embarazada con infección reciente se espera disminuir la tasa de transmisión materno-fetal, tratar el feto infectado para evitar o reducir el daño. En el caso de que el niño se hubiera infectado, se le indica tratamiento en el primer año de vida para prevenir la progresión o recurrencia de la enfermedad.

PRINCIPALES TÉCNICAS UTILIZADAS.

Reacción de Sabin-Feldman: es la prueba de referencia para el diagnóstico de la toxoplasmosis, considerando que es la de mayor sensibilidad y especificidad. La reacción se hace positiva alrededor de una semana posinfección y los títulos ascienden rápidamente, dentro de las 4 semanas. Los títulos bajos y estables se asocian a infección antigua y permanecen positivos de por vida. Una Sabin Feldman negativa descarta la infección toxoplásmica.

Inmunofluorescencia indirecta (IFI): IFI anti-IgG es la reacción con mayor concordancia en los títulos con la Sabin-Feldman.

La IFI anti-IgM o test de Remington tiene algunas interferencias. Cuando los títulos de IgG son muy altos pueden interferir en el resultado dando lugar un falso negativo. Por otro lado, la presencia de factor reumatoideo o de factor antinuclear puede dar resultados falsos positivos. Para evitar estos inconvenientes el suero requiere un pretratamiento, con una anti-IgG, que elimine las causas de interferencia.

Enzimoimmunoensayo (EIA): Las reacciones de EIA anti-IgG son muy utilizadas en función de la posibilidad de automatizarlas. Existe una gran diversidad de equipos comerciales y la falta de uniformidad en la expresión de los resultados hace que no sea posible su comparación entre los distintos equipos.

La EIA IgM tiene las mismas interferencias que la IFI M.

Para la detección de IgM son preferibles las técnicas de inmunocaptura como la ELISA IgM Doble Sándwich o la ISAGA porque ofrecen mayor sensibilidad y especificidad.

Inmuno Sorbent Agglutination Assay (ISAGA): Se utiliza para la detección de IgM, IgA e IgE como marcadores de la fase aguda de la infección en la embarazada y en el recién nacido. No hay factores de la sangre que provoquen interferencias. La IgM se torna negativa entre los 9 meses y el año del inicio de la infección, la IgA entre los 6 y 9 meses y la IgE entre los 4 y 6 meses. El hallazgo de estas macroglobulinas que no atraviesan placenta en sangre del recién nacido es *indicio de infección prenatal*.

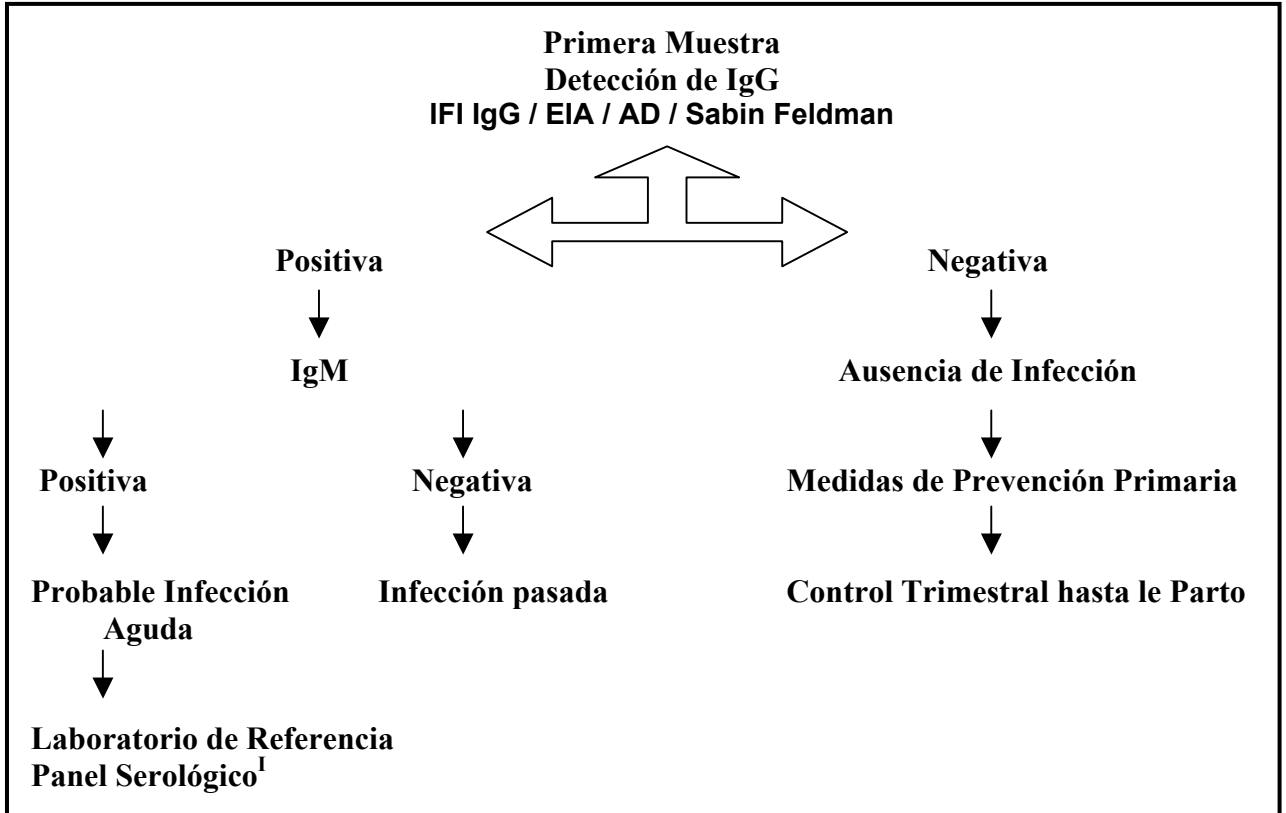
Aglutinación directa (AD): es una técnica sencilla y accesible a laboratorios de baja complejidad. Si se utilizan reactivos de alta calidad y con la utilización de 2 mercaptoetanol para eliminar la interferencia de inmunoglobulinas de tipo IgM, los resultados tienen buena correlación cualitativa con las pruebas de Sabin-Feldman o IFI.

Avidez: La prueba de avididad se basa en que los anticuerpos tipo IgG tienen baja avididad por los antígenos parasitarios en la fase temprana de la infección. Con la maduración de la respuesta inmune los anticuerpos adquieren mayor avididad. Si el resultado muestra alta avididad, descarta infección aguda en los tres a cinco meses previos. En el estudio del primer trimestre del embarazo la detección de anticuerpos con alta avididad, da información muy útil para descartar una infección reciente.

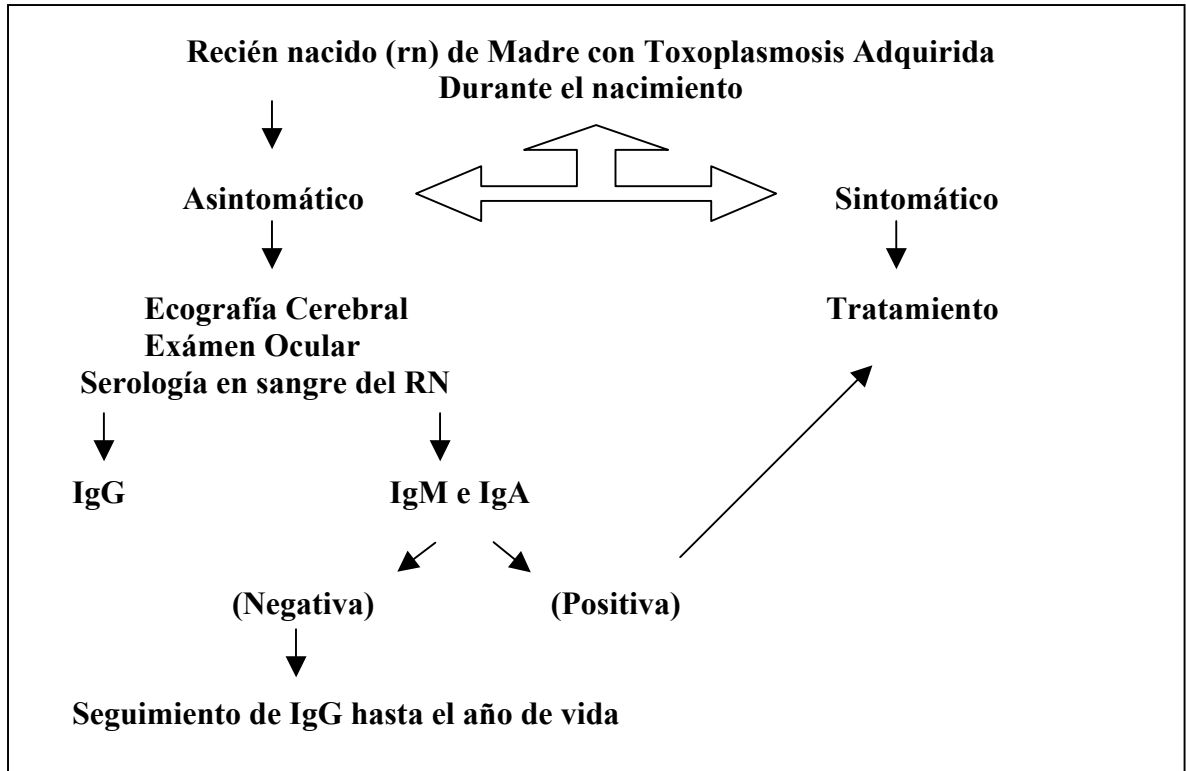
Reacción de proteínas en cadena (PCR): Es una técnica que permite detectar fracciones de ADN del parásito en muestras de sangre del cordón o del líquido amniótico.

Inoculación en el ratón: Es la técnica de aislamiento del parásito a partir de muestras obtenidas de líquido amniótico o de sangre de cordón del neonato. El hallazgo positivo es muestra indudable de infección prenatal.

Fue opinión de los participantes del consenso que la práctica del control de calidad de las distintas pruebas con un suero humano de referencia debe quedar establecida entre los laboratorios de la red nacional y hacerse un hábito en el ámbito privado. De acuerdo a lo expuesto se sugieren los siguientes algoritmos para la aplicación de las pruebas de tamizaje y diagnóstico de la toxoplasmosis congénita.



¹ *Panel serológico: Sabin Feldman, Inmunofluorescencia indirecta anti IgG e IgM, determinaciones de IgM e IgA por inmunocaptura, prueba de avididad



PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN EN LA EMBARAZADA

Dada las dificultades diagnósticas para definir la infección aguda intra-gestacional, se sugiere que las mujeres en edad fértil sean evaluadas con serología antes de la concepción. Esto permitirá reconocer dos grupos de mujeres. Las detectadas positivas serán informadas acerca de la ausencia de riesgo futuro de transmisión materno-fetal, mientras que las detectadas negativas deberán ser evaluadas nuevamente frente a un embarazo.

MANEJO DE LA EMBARAZADA SUSCEPTIBLE

Se recomienda una determinación serológica en las primeras 12 semanas de gestación. En las que resultaran negativas se repetirán las determinaciones, utilizando una técnica de tamizaje de positización temprana, con una frecuencia no menor a una vez por trimestre. Se recomienda que la última determinación sea obtenida entre la semana 36 y el parto. Dado el riesgo que implica una primoinfección durante el embarazo es de suma importancia dar información a la gestante acerca de las medidas de prevención primaria.

Prevención Primaria: Recomendaciones para la gestante susceptible.

Se insistirá en

- Lavado de manos antes de ingerir alimentos.
- Ingestión de carne bien cocida, ahumada o en salmuera.
- Lavado minucioso de las manos luego de manipular carne cruda o vegetales frescos.
- Limpieza de las superficies y utensilios de cocina que tuvieron contacto con carne cruda.
- No ingerir vegetales crudos cuando no se pueda asegurar que fueron bien lavados.
- Si realiza trabajos de jardinería, usar guantes y luego lavarse las manos.
- Evitar contacto con excretas de gato. En el caso de poseer mascota felina se recomienda remover las excretas diariamente, con guantes y lavado de manos posterior, ya que los ooquistes son infectantes a partir de las 36 horas de su eliminación, a temperatura entre 4° y 37°C.

TRATAMIENTO DE LA MUJER EMBARAZADA.

Dada la dificultad en el diagnóstico y la toxicidad e intolerancia que puede presentarse con las distintas drogas recomendadas, es opinión unánime de los integrantes de este consenso, que los tratamientos sean indicados, iniciados y controlados por el médico especialista.

1. Infección aguda confirmada:

- a. Primer trimestre: Se inicia tratamiento con espiramicina. Se desaconseja la utilización de pirimetamina en el primer trimestre. A partir de la semana 14 se rotará a pirimetamina + sulfadiazina + ácido fólico.
- b. Segundo y tercer trimestre: Se inicia tratamiento con el triple esquema de pirimetamina + sulfadiazina + ácido fólico hasta la semana 36 de la gestación. A partir de ese momento se utilizará espiramicina hasta el momento del parto. El tratamiento alternativo ante intolerancia a alguna de estas drogas se realiza con clindamicina. Algunos grupos de trabajo propician tratamientos con un esquema alternando el triple esquema de pirimetamina + sulfadiazina y ácido fólico con espiramicina, para disminuir la toxicidad de la asociación.

2. Infección no evaluable (pacientes fuera de algoritmo diagnóstico recomendado)

En pacientes que se detectaren IgG e IgM positivas en una primera determinación posterior a la semana 20 de gestación, y en las cuales no se podrá determinar por serología el momento de la primoinfección, adquirirán valor el resto de métodos complementarios de evaluación (Ej. Ecografía obstétrica de alto resolución) para evaluar la necesidad de tratamiento. Ante evidencia de daño fetal el esquema de elección será pirimetamina + sulfadiazina + ácido fólico. En caso de ecografía normal se debería realizar la consulta con el especialista, quien determinará la necesidad de tratamiento.

El mayor beneficio se obtiene con tratamiento temprano. Es por ello de suma importancia tratar de llegar al mismo de la manera más certera y rápida posible.

Realizar controles serológicos periódicos como seguimiento del tratamiento de una embarazada carece de valor y no deben indicarse.

- 3. Recién nacido sintomático:** Se indicará tratamiento con pirimetamina + sulfadiazina + ácido folínico por un año. Ante evidencia de compromiso del sistema nervioso central se agregarán corticoides.

 - 4. Recién nacido asintomático.** Se categorizará el estado de infección de acuerdo a la evaluación serológica y estudios complementarios: fondo de ojo y ecografía cerebral. Si se confirma infección en el recién nacido se debe iniciar tratamiento con pirimetamina + sulfadiazina + ácido folínico hasta el año de edad. La persistencia de IgG más allá de los 6 a 12 meses de vida, o la detección de IgM, IgA o IgE en el transcurso del seguimiento se interpreta como infección aguda y requiere tratamiento. La infección congénita puede descartarse recién cuando se negativizó la IgG.
-

PROGRAMA

Viernes, 30 de setiembre: MAÑANA

Bienvenida: Eduardo Guarnera.

Presentación de los participantes, organización y metodología de trabajo. Ricardo Durlach.

METODOS DIAGNOSTICO DIRECTOS E INDIRECTOS:

- AD y HAI: María L. Dalla Fontana.
- IFI y Elisa: Marcelo Rodríguez.
- IFI y Sabin-Feldman. Federico Kaufer
- Elisa: Edgardo Sturba.

Discusión

Continuación

- IgG, IgM y test de avidéz. Mónica Nadal.
- IgG, IgM y test de avidéz. Hector Arienti.
- IgG e IgM. Jaime Altcheh.
- ISAGA: Liliana Carral. Lab. Toxoplasmosis.
- Aislamiento: Federico Kaufer.

Discusión.

TARDE:

Grupo 1: Diagnóstico

Elaboración de los algoritmos en función de la disponibilidad de pruebas válidas para el diagnóstico de tamizaje y de infección aguda.

Coordinadores: Liliana Carral y Marcelo Rodríguez.

Panel: Walter Ferreira, Hector Freilij, Jaime Altcheh, Edgardo Sturba, Hector Arienti, Federico Kaufer, María L Dalla Fontana, Cristina Salomón y Mónica Nadal.

Grupo 2: Prevención y tratamiento.

Prevención de la infección en la embarazada.

Tratamiento de la embarazada y del recién nacido con toxoplasmosis congénita.

Coordinadores: Cristina Freuler y Mariana Ceriotto

Panel: Emilio Cecchini, Eduardo Guarnera, Liliana Vázquez, Néstor Gutiérrez y Rosana Corazza.

Controversias durante el consenso.

Preparación de la presentación.

Sábado, 1 de octubre: SESIÓN ABIERTA

Presentación del consenso. Eduardo Guarnera.

Consenso brasilero. Walter Ferreira.

Datos epidemiológicos de la Argentina y objetivos de la reunión: Ricardo Durlach

Presentación de los talleres de trabajo y discusión:

- 1.- Algoritmos de diagnóstico. Pruebas de tamizaje y de diagnóstico. Liliana Carral
- 2.- Prevención y tratamiento de la toxoplasmosis en el embarazo y en el recién nacido. Mariana Ceriotto

Final y conclusiones.