 SANTA HELENA <small>HOSPITAL E MATERNIDADE</small>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.055	1 / 9
	TOXOPLASMOSE CONGÊNITA - PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia e Neonatologia	

Objetivo

Nortear as ações dos profissionais de saúde da Clínica Santa Helena para condução clínica do diagnóstico e tratamento da Toxoplasmose Gestacional e Congênita.

Executantes


Médicos e enfermeiros.

Materiais/Documentos

- Exames do pré-natal
- Solicitação médica da profilaxia para toxoplasmose
- Ficha de notificação do SINAN: não tem ficha própria (utilizar a de Notificação/Conclusão)


DISTRIBUIÇÃO DE TAREFAS

OBSTETRA (pré-natal)	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendamos a busca ativa de infecção materna pela toxoplasmose durante a gestação, visto que é comum, mas geralmente assintomática, sendo a triagem ideal: <ol style="list-style-type: none"> a. Uma amostra antes da concepção b. Uma amostra na primeira consulta (ou no primeiro trimestre) c. Repetir no segundo e terceiro trimestre (ou após 21 dias se alterado ou suspeita) d. Recomenda-se repetir nova sorologia materna no momento do parto (ou no puerpério)¹ • Confirmar infecção gestacional: IgM + ou soroconversão IgG + durante a gestação (em gestante previamente negativa) • Suspeitar de reativação: aumento dos títulos de anticorpos IgG (mesmo na ausência de IgM, geralmente com forte avidéz de IgG) • Discutir com infectologia casos intermediários ou duvidosos
Medicina Fetal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amniocentese quando indicada, para coleta de PCR para toxoplasmose: 4 semanas após a infecção materna ou após 18 semanas, não ultrapassando 21 semanas de gestação.¹ Um resultado negativo, não descarta infecção no RN.
Técnica (admissão)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar a admissão da gestante, conforme padrão definido no POP.GERENF.023 – ADMISSÃO PACIENTE OBSTÉTRICA; verificar os exames do último trimestre e história gestacional 2. Comunicar equipe nos casos de paciente com toxoplasmose IgM + na gestação e também naquelas que o tratamento foi indicado na gravidez
Obstetra (maternidade)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recomendamos encaminhar PLACENTA para anatomopatológico (solicitação padrão com preservação em formol), pois a determinação de placentite por toxoplasmose permitirá ao pediatra definir por iniciar precocemente ou não o tratamento e quando alterada indicará sempre coleta de líquido pelo pediatra
PEDIATRA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analisar sorologias e investigar RN com suspeita 2. Solicitar exames e avaliação de especialistas, conforme protocolo 3. Indicar o tratamento quando indicado, conforme protocolo
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Providenciar coleta dos exames solicitados

 SANTA HELENA <small>HOSPITAL E MATERNIDADE</small>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.055	2 / 9
	TOXOPLASMOSE CONGÊNITA - PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO	Especialidade	Revisão
		Obstetria e Neonatologia	

Enfermeira do alojamento	2. COMUNICAR A CCIH diante de toda gestante com IgM positivo, títulos aumentando de IgG na gestação (suspeita de toxoplasmose) ou onde o tratamento foi indicado para a gestante
Enfermeira da CCIH	3. Notificação dos casos suspeitas ou confirmados de toxo congênita (CID 10 P37.1) ou toxo gestacional (CID 10 098.6) na FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO sempre como suspeito (sem ficha própria)


1) QUAL A RECOMENDAÇÃO ATUAL PARA TRIAGEM DE TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO?
<p>Recomendamos a busca ativa de infecção materna pela toxoplasmose durante a gestação, visto que é comum (68% de gestantes positivas em Aracaju)², mas geralmente assintomática ou oligossintomática. O uso de espiramicina reduz em 60% a infecção fetal se usado precocemente (antes de 18 semanas).²</p> <p>A a triagem ideal:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Uma amostra antes da concepção b. Uma amostra na primeira consulta (ou no primeiro trimestre) c. Repetir no segundo e terceiro trimestre (ou após 21 dias se alterado ou suspeita) d. Recomenda-se repetir nova sorologia materna no momento do parto (ou no puerpério)¹ <p>A transferência placentária de anticorpos maternos IgG durante a gestação para o feto é um fator que dificulta a interpretação dos resultados. Desse modo, a anamnese materna com foco na história social, gestacional e perinatal, e exame clínico do RN, exames sorológicos da mãe e RN, tornam-se ferramentas fundamentais para a precisão diagnóstica e terapêutica.</p>
2) COMO SE ADQUIRE TOXOPLASMOSE?
<p>A toxoplasmose congênita é uma doença infecciosa muito comum na população (68% das gestantes em Aracaju)². A gestante é acometida por meio da ingestão do <i>Toxoplasma gondii</i> (um protozoário), encontrado em fezes de felinos e em frutas e legumes contaminadas. Na gestação pode ocorrer ainda a reativação de infecção prévia em mães imunodeprimidas (HIV, em uso de imunossupressores ou Hodgkin), ou decorrente da reinfecção de uma gestante anteriormente imune com uma nova cepa por via oral que possuam amostras mais virulentas. A maioria das gestantes é assintomática no momento do diagnóstico.</p> <p>Uma vez infectadas, o risco de transmissão ao feto pela via transplacentária (placentite) é em média de 40% (maior comprometimento do RN no primeiro trimestre, porém maior taxa de transmissão no terceiro trimestre, próximo a 100%).</p> <p>Ao nascimento, 70 - 85% dos RN estarão assintomáticos.^{1,2} A incidência de RN infectados é elevada na América Latina (1 para cada 1.000 nascidos vivos). Dos infectados no Brasil, 53% desenvolvem lesões neurológicas.</p>
3) QUAIS OS RISCOS DE TOXOPLASMOSE PARA O RECÉM-NASCIDO?
<p>Apesar da maioria nascer assintomático (70 - 85%), lesões subclínicas (10% destas graves) podem estar presentes com evolução progressiva e até tardia. Os sintomas clássicos que se apresentam para os casos de toxoplasmose congênita, são: coriorretinite (85% dos sintomáticos) e alterações de SNC: hidrocefalia (dilatação ventricular), calcificações intracranianas e alterações liquóricas. Estas alterações de SNC podem levar a micro e macrocefalia.^{1,2}</p> <p>Outras alterações menos comuns são: hepato ou esplenomegalia, icterícia com predomínio de direta, líquido cefalorraquidiano anormal (pelo processo de meningoencefalite), trombocitopenia, anemia, febre, linfadenopatia, pneumonite, erupção cutânea, microftalmia, convulsões, perda auditiva neurosensorial, retardo de crescimento (RCIU).</p> <p>Os sinais mais sugestivos são retinocoroidite, calcificações intracranianas, dilatação ventricular, micro ou macrocefalia, icterícia com predomínio de direta, hepato ou esplenomegalia.¹</p>

 SANTA HELENA <small>HOSPITAL E MATERNIDADE</small>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.055	3 / 9
	TOXOPLASMOSE CONGÊNITA - PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia e Neonatologia	

4) QUANDO DEVEMOS SUSPEITAR DE QUE A GESTANTE PODE TER APRESENTADO INFECÇÃO POR TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO PARA PENSAR EM INVESTIGAR NO RECÉM-NASCIDO?


Na maioria dos casos o diagnóstico materno de certeza pode não existir. Nos casos de dúvida, discutir com infectologista caso a caso. Classificaremos as possibilidades de infecção materna (e consequente risco de transmissão fetal) conforme tabela 1 abaixo:

RESULTADO DE SOROLOGIAS MÃE	IDADE GESTACIONAL (IG) NO MOMENTO DA COLETA	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES	CLASSIFICAÇÃO
IgM – (negativo) IgG – (negativo)	Qualquer IG	Paciente susceptível	AUSENTE
IgM – (negativo) IgG + (positivo): desde que sem aumentar durante a gestação	IG < 12 semanas	Paciente com imunidade remota (teve no passado – doença antiga)	
IgM + (positivo) IgG – (negativo)	Qualquer IG, DESDE QUE a IgG tenha sido repetido pelo menos duas vezes durante o seguimento (com intervalo mínimo de 2 semanas entre as repetições) e mantido negativa	Trata-se de IgM positivo residual, que pode ficar com títulos baixos por longo período	
Soroconversão: IgM + (positivo), desde que previamente negativo e tenha positivado na gestação	Qualquer IG		COMPROVADA
Amniocentese ou biópsia de vilos com PCR positivo para toxoplasma	Qualquer IG	<i>Obs.: PCR negativo não descarta totalmente toxo congênita</i>	
IgM + (positivo) desde antes da gestação IgG + (positivo): com aumento progressivo acompanhado pelo obstetra durante a gestação	Qualquer IG	O aumento progressivo é comprovado com repetições a cada 2-3 semanas pelo menos (nestes casos não se aplica avides da IgG)	PROVÁVEL
IgM + (positivo) IgG + (positivo): com resultado recente (e menor que 300 UI/dl) e, onde não foi comprovado aumento progressivo acompanhado por obstetra durante a gestação	Qualquer IG	Avides da IgG: BAIXA	
IgM + (positivo) E COM história clínica compatível materna	Qualquer IG	<i>Desde que apresentando história clínica compatível com toxoplasmose gestacional</i>	

 <p>SANTA HELENA HOSPITAL E MATERNIDADE</p>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.055	4 / 9
	TOXOPLASMOSE CONGÊNITA - PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia e Neonatologia	

IgG – (negativo) ou não coletado			PROVÁVEL
IgM + (positivo) IgG + (positivo): com resultado recente (e muito elevado > 300 UI/dl)	IG > 12 semanas	Consideramos muito alta quando IgG > 300 UI/dL,	
IgM + (positivo) IgG + (positivo): com resultado recente (e menor que 300 UI/dl) e, onde não foi comprovado aumento progressivo acompanhado por obstetra durante a gestação	Coletado com IG > 12 semanas	Avidez da IgG: ALTA ou INDETERMINADA	POSSÍVEL
IgM – (negativo) IgG + (positivo): com resultado recente (e menor que 300 UI/dl) e, onde não foi comprovado aumento progressivo acompanhado por obstetra durante a gestação			
IgM + (positivo) IgG + (positivo): com resultado recente (e menor que 300 UI/dl) e, onde não foi comprovado aumento progressivo acompanhado por obstetra durante a gestação	Qualquer idade gestacional	Teste de avides não realizado	
Independentemente da sorologia, se apresentar USG com imagens compatíveis com toxoplasmose congênita	Geralmente durante USG morfológico	Alta suspeição pelo ultrassonografista: <i>Calcificações periventriculares principalmente</i>	
IgM + (positivo) IgG + (positivo): com resultado recente (e menor que 300 UI/dl) e, onde não foi comprovado aumento progressivo acompanhado por obstetra durante a gestação	DESDE QUE coletado com IG < 12 Semanas	Avides da IgG: ALTA ou INDETERMINADA Trata-se de infecção prévia à gestação	IMPROVÁVEL
IgM – (negativo) IgG + (positivo): com resultado recente (e menor que 300 UI/dl) e, onde não foi comprovado aumento progressivo acompanhado por obstetra durante a gestação			

5) COMO INTERPRETAR O TESTE DE AVIDEZ DA IGG?

 SANTA HELENA <small>HOSPITAL E MATERNIDADE</small>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.055	5 / 9
	TOXOPLASMOSE CONGÊNITA - PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia e Neonatologia	

Ajuda a determinar a época da infecção pelo toxoplasma na gestante, visto que QUANTO MAIS ALTA A AVIDEZ, mais antiga é a infecção (geralmente há mais de 3-4 meses).¹ Isto é importante quando a primeira sorologia do primeiro trimestre já vem positiva pois indica infecção antes da concepção. Já a baixa avides não permite dizer que a infecção é antiga, mas sugere mais infecção recente (apesar de entendermos que baixos índices de avides podem durar até um ano). A repetição das sorologias após 3 semanas ajudarão a entender se a infecção foi antiga (com queda dos níveis) ou recente (com aumento da IgG). Portanto, não se justifica coleta de avides após 16 semanas de gestação.

6) QUANDO INVESTIGAR O RECÉM-NASCIDO?

O raciocínio diagnóstico é realizado com base na sorologia materna, triagem neonatal e/ou manifestações clínicas em um processo de combinações de achados clínicos e laboratoriais. Recém-nascidos com sintomas prováveis (lista de sintomas na pergunta 3) devem ser investigados para toxoplasmose, independentemente da sorologia materna.

A investigação do recém-nascido assintomático deve ser realizada nos RN, filhos de:

- ⇒ Gestantes consideradas positivas durante a gestação (classificadas no quadro como COMPROVADA, PROVÁVEL e POSSÍVEL)
- ⇒ Gestantes imunossuprimidas (ex.: HIV) com evidência sorológica de infecção anterior por *Toxoplasma gondii*
- ⇒ Crianças com IgM reagente para *Toxoplasma gondii* (no caso de resultado positivo por meio do teste do pezinho ampliado)

7) COMO DEVE SER FEITA A INVESTIGAÇÃO NO RECÉM-NASCIDO?

I. SOROLOGIAS: quantitativas de:

a. IgM para Toxoplasmose (técnica HMSH: quimioluminescência/ não realizamos ISAGA):

- Se positivo: RN infectado (não atravessa a placenta)

Obs.: 1) existe uma possibilidade remota do sangue do RN ter sido contaminado com sangue materno durante o parto. Por isto importante repetir o exame após 10 dias do nascimento (meia vida do IgM é 5 dias e IgA 10 dias)

2) um RN que tenha recebido transfusão ou imunoglobulina nos últimos 7 dias pode ter resultado falso-positivo. Aguardar este tempo para repetir.


- Se negativo: RN ainda assim pode estar infectado (não descarta, pois a sensibilidade é de 40-50%). Como somente começa a subir 2 semanas após a infecção do RN, um RN mesmo contaminado, pode estar negativo ao nascimento. Se tornarão indetectáveis aos 9 meses.

b. IgG para Toxoplasmose (técnica HMSH: quimioluminescência):

- Se positivo ao nascimento: não confirma infecção isoladamente (pois atravessa a placenta, podendo representar anticorpos maternos). Necessitará comparação com IgG materno (se bem maior que o materno a infecção é mais provável) e seguimento.

Obs.: os IgG maternos que atravessaram a placenta para o RN reduzem 50% a cada mês após o nascimento e geralmente caem para níveis indetectáveis por volta dos 6 a 12 meses de vida.

- Se negativo: RN ainda assim pode ter sido infectado (não descarta). Como somente começa a subir 2 semanas após a infecção do RN, um RN mesmo contaminado, pode estar negativo ao nascimento e se manterão positivos por toda a vida.

 <p>SANTA HELENA HOSPITAL E MATERNIDADE</p>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.055	6 / 9
	TOXOPLASMOSE CONGÊNITA - PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia e Neonatologia	

OBS.: A proporção de IgG específico de Toxoplasma para IgG total diminui do segundo ao terceiro mês em bebês sem toxoplasmose congênita e permanece estável ou aumenta em bebês com toxoplasmose congênita.

- c. **IgA** para Toxoplasmose (técnica HMSH: ELISA – imunoenensaio enzimático): importante solicitar além da sorologia IgM, a sorologia IgA, pois como estes anticorpos aumentam e são detectados mais precocemente que os IgM, aumenta a sensibilidade para o resultado positivo^{1,2} (já é contemplado no Rol ANS).

- Se positivo: RN infectado (não atravessa a placenta)
- Se negativo: RN ainda assim pode estar infectado

- II. **COLETA DE LÍQUOR:** deve ser coletado em todo RN onde a classificação pela tabela 1 deste manual for COMPROVADA, PROVÁVEL ou POSSÍVEL, que são os considerados suspeitos. Os casos classificados como infecção ausente ou improvável, não recomendamos coleta do líquido.

Obs.: No HMSH, recomendamos que a coleta de líquido seja realizada DURANTE O INTERNAMENTO, de forma rotineira para os RN suspeitos conforme classificação acima (mesmo que assintomáticos). Não recomendamos aguardar resultados de novos exames antes de definir pela coleta. A justificativa para esta coleta sem aguardar resultados de novos exames é que entendemos que os benefícios superam os riscos nesta situação: a) a forma subclínica é mais comum, com alterações discretas no líquido, mas que posteriormente evoluirão com sequelas oculares e neurológicas.²; b) uma vez alterado o líquido, será indicado tratamento com corticosteróides.²; c) estamos em área de alta prevalência de toxoplasmose congênita, com alta prevalência de lesões neurológicas graves (provavelmente por maior virulência do toxoplasma) em pacientes positivos em nosso meio (50% de pacientes com comprometimento neurológico); d) os resultados necessários para decisão ou não sobre uma coleta seguindo a recomendação da SBP² ficaria comprometida, pois os resultados geralmente são obtidos apenas após a alta do RN (geralmente após 2-7 dias), o que prolongaria o internamento desnecessariamente; e) no estado de Sergipe, a coleta de líquido em caráter ambulatorial destes pacientes não é possível, sendo necessário uma reinternação caso os resultados venham alterados; f) ainda não é rotina em nosso meio a avaliação anatomopatológica da placenta.

SOLICITAR OS SEGUINTE EXAMES NO LIQUOR:

- Solicitar bioquímica padrão do líquido conforme protocolo institucional (POP.SCIH.013): avaliar proteinorriaquia
- **Solicitar PCR (polimerase chain reaction) para toxo no LÍQUOR:** como permite o diagnóstico de certeza precocemente e a possibilidade de positividade é maior no líquido, além das correlações com prognóstico, orientamos que seja sempre solicitado²

III. Exames Laboratoriais GERAIS:

- a. Hemograma (avaliar anemia, eosinofilia e plaquetopenia)
- b. TGO e TGP (lesão hepática)
- c. Uréia e Creatinina (lesão renal)

IV. FUNDOSCOPIA (realizado rotineiramente na rotina do teste do olhinho no HMSH)


V. TESTE da ORELHINHA: permite a triagem auditiva

VI. USG TF (transfontanelar): observação de calcificações intracranianas espalhadas por todo o cérebro ou atrofia cortical ou hidrocefalia (dilatação dos ventrículos)

VII. Radiografia de crânio AP: melhora a avaliação das calcificações (não realizamos a tomografia na rotina da avaliação)

VIII. USG abdominal: para pesquisa de calcificações intra-hepáticas e/ou hepatoesplenomegalias.

Obs.: Se não conseguir em tempo hábil até alta, solicitar uma radiografia abdominal (a procura de calcificações) e deixar o pedido para realização ambulatorial

 <p>SANTA HELENA HOSPITAL E MATERNIDADE</p>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.055	7 / 9
	TOXOPLASMOSE CONGÊNITA - PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO	Especialidade	Revisão
		Obstetria e Neonatologia	

- IX. ECOCARDIOGRAMA: recomendado para descartar possibilidade de miocardite associada²
Obs.: Se não conseguir em tempo hábil até alta e RN assintomático (sem ICC: taquipneia, taquicardia ou hepatomegalia), deixar o pedido para realização ambulatorial

EXAMES EM SITUAÇÕES ESPECIAIS:

- X. RN sintomáticos ou quando genitora com IgG positivo para CMV: solicitar exames para diagnóstico diferencial: sorologias e PCR qualitativo na urina para CMV, herpes vírus e zika-vírus (os que mais confundem no diagnóstico)
- XI. TOMOGRAFIA (ou RNM) de crânio ou RNM: solicitar somente diante de um USG TF ou radiografia de crânio alterada, ou ainda, se RN com sintomas de SNC. Obs.: não é obrigatório a realização durante o internamento, exceto se internamento prolongado.

8) QUAIS OS CRITÉRIOS PARA CONSIDERAR UMA INFECÇÃO CONGÊNITA COMPROVADA (CONFIRMADA), ONDE O TRATAMENTO DEVERÁ SER INICIADO ATÉ RESULTADOS DE EXAMES?

- ⇒ RN SINTOMÁTICOS (sintomas compatíveis com toxoplasmose) de mães classificadas como suspeitas
- ⇒ Pela sorologia:
- RN IgM positivo (independentemente da titulação da IgG)
 - RN IgA positivo (independentemente da titulação da IgG)
 - RN com IgG positiva com titulação evidentemente superior à materna (pelo menos 50%)
 - RN com aumento progressivo da IgG durante o seguimento no primeiro ano de vida (se permanecer positiva além de 12 meses de vida, é padrão-ouro)
- ⇒ PCR positivo no RN (altamente específico, com maior sensibilidade no liquor que no sangue):
- Coletado por amniocetese
 - Coletado pelo líquido
- ⇒ RN com quadro altamente suspeito por exame de imagem, com sorologias maternas ou do RN ainda indefinidas: retinocoroidite ou hidrocefalia ou calcificação cerebral (ou associação entre os sinais) com IgG reagente e afastadas outras infecções congênicas¹

9) COMO PRESCREVER O TRATAMENTO INICIAL?

Não há necessidade de aguardar o resultado do teste do pezinho (com resultado da avaliação para deficiência de glicose-6-fosfatase desidrogenase (G6PD), pelo risco benefício do atraso no tratamento.

Sobre os exames para iniciar o tratamento, nada além do que já foi solicitado anteriormente, podendo acrescentar apenas durante o seguimento, um hemograma semanal durante o primeiro mês de uso da sulfá + pirimetamina. Depois pode ser solicitado mensalmente.

Os efeitos colaterais mais comuns do tratamento serão: neutropenia, anemia (frequentes), trombocitopenia, hiperbilirrubinemia, reações de hipersensibilidade, intolerância gastrointestinal, cristalúria, erupção cutânea. Os medicamentos, dose e indicação devem ser feitos como se segue:

MEDICAMENTOS	POSOLOGIA
SULFADIAZINA (pela diluição dos cp de 500 mg) ou MANIPULAR na concentração: 100 mg/mL	50 mg/kg/dose (0,5 ml/kg/dose do manipulado) de 12 em 12 horas <i>(será utilizado durante 1 ano)</i>
PIRIMETAMINA (pela diluição dos cp de 25 mg) ou	<u>Nos dois primeiros dias:</u> 1 mg/kg/dose (0,5 mL/kg/dose do manipulado) de 12/12 horas



SANTA HELENA
HOSPITAL E MATERNIDADE

PROTOCOLO

Código do Documento

PROT.DT.055

Página

8 / 9

TOXOPLASMOSE CONGÊNITA - PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO

Especialidade

Obstetria e
Neonatologia

Revisão

MANIPULAR na concentração: 2 mg/mL	<p><u>Do terceiro dia em diante:</u> 1 mg/kg/dose (0,5 mL/kg/dose do manipulado) em dose única diária</p> <p><i>(será mantido durante dois a doze meses, dependendo da intensidade do acometimento, geralmente sendo espaçado para três vezes por semana nos últimos seis meses, quando se opta por manter por 1 ano)</i></p>
ÁCIDO FOLÍNICO (pela diluição dos cp de 15 mg) ou MANIPULAR na concentração: 5 mg/ML <u>OBS.: não utilizar ácido fólico no lugar do ácido folínico!</u>	<p>5 mg 1 x ao dia (1 ml do manipulado) Usar três vezes por semana (ex.: segunda, quarta e sexta)</p> <p>Atenção para neutropenia:</p> <ul style="list-style-type: none">• se < 1.000 neutrófilos/mm³, aumentar a dose para 20 mg ao dia• se < 500 neutrófilos/mm³, suspender a pirimetamina até que ocorra recuperação. <p>(será mantido por mais uma semana após interrupção do uso da pirimetamina)</p>
PREDNISONA (ou prednisolona): preferir a solução 3 mg/ml ou (pela diluição dos cp de 5 ou 20 mg)	<p>Quando usar?</p> <ul style="list-style-type: none">• Retinocoroidite no fundo de olho• Proteinorraquia > 1.000 mg/dl• Comprometimento comprovado do SNC <p>Dose: 0,5 mg/kg/dose (0,16 ml/kg/dose da solução) de 12/12 horas</p> <p>Não utilizar isoladamente: sempre utilizar em associação com sulfadiazina e pirimetamina. <i>(manter até melhora do processo inflamatório, que geralmente ocorre em 4 semanas, evoluindo com retirada gradual em 4 semanas)</i></p>


10) COMO ORIENTAR O SEGUIMENTO AMBULATORIAL (após alta)?

Toxoplasmose congênita confirmada:

- Exame laboratorial: Hemograma semanal no primeiro mês, posteriormente mensal. TGO, TGP, coagulograma, Ureia e creatinina na primeira e segunda semana.
- Infectologista: mensalmente até seis meses e posteriormente a cada dois meses até completar um ano;
- Oftalmologista (especialista em retina): mensal ou a critério do oftalmologista
- Neuropediatra - a cada dois a três meses no primeiro ano e a cada quatro a seis meses até os seis anos;
- Fonoaudiólogo - logo após o nascimento e avaliação audiológica anual depois, durante os primeiros 3 anos de vida
- Fisioterapeuta - acompanhamento desde o diagnóstico, para estimulação motora.

Toxoplasmose congênita não foi confirmada, mas também não foi descartada:

- Teste sorológico a cada 4-6 semanas para documentar a redução apropriada nos títulos de Toxoplasma IgG, de acordo com a meia-vida de IgG (média de 30 dias), até o desaparecimento completo entre 12 a 18 meses de vida.

 SANTA HELENA <small>HOSPITAL E MATERNIDADE</small>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.055	9 / 9
	TOXOPLASMOSE CONGÊNITA - PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia e Neonatologia	

- Avaliação neurológica e oftalmológica no nascimento e a cada 2-3 meses após durante o primeiro ano de vida e a cada 4-6 meses após o primeiro ano de vida (até finalizar exclusão de toxoplasmose congênita).

Respostas auditivas do tronco cerebral: logo após o nascimento e avaliação audiológica anual depois, durante os primeiros 3 anos de vida.

Referências

1. Ministério da Saúde, 2018. *Protocolo de notificação e investigação: toxoplasmose gestacional e congênita.*
2. Departamento científico e neonatologia. **Toxoplasmose Congênita.** Circular nº 6, de julho de 2020, Sociedade Brasileira de Pediatria.
3. Galit Holzman-Pazgal. **Congenital Toxoplasmosis in Cloherty and Starks.** *Manual of Neonatal Care.* 8ª ed., Wolters Kluwer, Philadelphia, 2017; p720- 727.
4. Maldonado YA, ReadJS. **Diagnosis, Treatment, and Prevention of Congenital Toxoplasmosis in the United States.** *Pediatrics Committee on Infectious Diseases. Pediatrics.* 2017; 139(2):1-46.
5. *Congenital Toxoplasmosis – UPTODATE*

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:	Validado por:
DRA. PATRÍCIA ISHI Neonatologista		DR. SAMUEL RODRIGUES Infectologista	ULLY MARIANNE F. LEMOS Coord. da Qualidade
DR. MARCOS ALVES PAVIONE Dir. Técnico		VIVIANE OLIVEIRA S. CORREIA Enfermeira CCIH	
Data: 22/10/2022	Data:	Data: 24/10/2022	Data: 09/11/2022
Assinaturas e carimbo:			

Histórico das últimas duas revisões

Nº	Descrição das alterações:	Data:
1.		
2.		