



PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA

Protocolos del Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles

Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública

Protocolo elaborado por la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica y aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional Salud en abril de 2026.

Han contribuido a la elaboración y revisión de los protocolos profesionales de:

Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII):

Centro Nacional de Epidemiología (CNE) y Centro Nacional de Microbiología (CNM).

Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud:

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), S.G. de Sanidad Exterior, S.G. de Sanidad Ambiental y Laboral, Área de Programas de Vacunas, y División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis.

Otras Agencias y otros Ministerios:

Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), Ministerio de Justicia, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), y Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN).

Unidades de Vigilancia de Salud Pública de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía (CC.AA.).

Cita sugerida: Protocolo de vigilancia de toxoplasmosis congénita. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026.

CC BY-NC-SA 4.0

PRESENTACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

La vigilancia de las enfermedades transmisibles es una actividad fundamental para la Salud Pública ya que garantiza la existencia de información fiable, completa y oportuna para la toma de decisiones en todos los niveles de la Administración, y proteger así la salud de la población.

De acuerdo con lo definido en el artículo 18 del Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, las enfermedades objeto de vigilancia contarán con protocolos específicos que permitan la homogeneización de la vigilancia y la notificación a nivel nacional e internacional, así como el establecimiento de medidas de control y prevención de casos y brotes.

En España, los primeros protocolos se publicaron en 1997 y sufrieron una revisión en profundidad en 2013. Estos nuevos protocolos han sido aprobados por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en abril de 2026.

En esta revisión han participado: técnicos de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía, profesionales del Instituto de Salud Carlos III (Centro Nacional de Epidemiología y Centro Nacional de Microbiología), de distintas unidades del Ministerio de Sanidad (Centro Coordinador de Alertas y Emergencias, Subdirección General de Sanidad Exterior, Subdirección General de Sanidad Ambiental y Laboral, Área de Programas de Vacunas, y División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis), así como profesionales de otras Agencias y Ministerios como la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), y Ministerio de Justicia.

Durante este proceso, además de actualizar aspectos de la epidemiología y caracterización de la enfermedad, se han revisado las definiciones de caso y la información necesaria para la vigilancia en cada notificación, haciéndolas compatibles con las que están en vigor en la Unión Europea. También se han actualizado las medidas de actuación para la prevención y control de casos y brotes.

Las novedades más relevantes son: la inclusión de un historial de cambios para documentar las futuras modificaciones y mantener los protocolos actualizados; las recomendaciones para el uso de técnicas de secuenciación del genoma en el estudio de casos y especialmente de brotes y el uso de terminologías como SNOMED y LOINC.

Podemos decir que esto supone un hito en la historia de la vigilancia pues, por primera vez, se ha abordado la normalización de la información requerida, incluida la estandarización semántica, y se han desarrollado, en dichas terminologías, los estándares para su uso en vigilancia de salud pública. Esto se ha completado con el acceso de las CC.AA. al Servidor Terminológico del Ministerio de Sanidad. De esta manera se avanza en la interoperabilidad de las bases de datos relevantes para la vigilancia de la salud pública y se cumple con el principio de recoger el dato sólo una vez y garantizar, dentro de las normas de protección de datos, la calidad de la información que se usa en la vigilancia de las enfermedades transmisibles.

CONTROL DE VERSIONES DE LOS PROTOCOLOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Descripción del documento	Protocolo para la vigilancia y notificación de toxoplasmosis congénita.	
Fecha de creación	2013.	
Cita sugerida	Protocolo de vigilancia de toxoplasmosis congénita. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026.	
Cambios en el protocolo		
Fecha de actualización	Epígrafe	Descripción de la modificación
Marzo-2025	Introducción	Se amplía la descripción de la toxoplasmosis congénita y se detallan nuevas técnicas diagnósticas. Se destaca que hasta el 80% de los casos asintomáticos al nacimiento pueden desarrollar secuelas. Se actualiza la prevalencia global de los portadores (del 25% al 33%). Se añade que hasta el 30% de los recién nacidos (RN) con toxoplasmosis congénita pueden no presentar IgM al nacer.
	Reservorio	Se incluyen especies marinas como hospedadores intermedios.
	Modo de transmisión	Se enfatiza la viabilidad prolongada de los ooquistes en carne refrigerada (>6 semanas) y se actualiza el papel del agua no tratada.
	Objetivos	Se amplían, incluyendo análisis de factores de riesgo, detección precoz, evaluación de programas y calidad de los datos.
	Definición de caso	Se incorpora la primoinfección materna como criterio clínico. Se especifican técnicas confirmatorias avanzadas (CPIWBlot).
	Medidas preventivas	Se amplía la prevención primaria con nuevas recomendaciones (no consumir agua no tratada). Se refuerza la prevención secundaria y terciaria con cribado prenatal y neonatal. Se incluye enlace para recomendaciones para viajes internacionales. En prevención terciaria, se actualiza la utilidad del cribado neonatal, señalando que hasta el 30% de los RN pueden tener IgM negativa. 2026.
	Bibliografía	Actualización completa. Se eliminan referencias obsoletas y se incorporan fuentes oficiales recientes.
Cambios en el Anexo I		
Marzo-2025	Datos del caso	Se incorpora sexo administrativo y se renombra "sexo" como "sexo al nacimiento".
	Datos de la enfermedad	Se añade la categoría "Desconocido" a las variables de hospitalización y defunción. Se elimina la variable "importado".
	Datos del laboratorio	Se añade la muestra "sangre seca de talón". Se elimina la categoría "Anticuerpo, IgA" en "Prueba". Se añade la opción "Desconocido" a la variable envío de muestra al Laboratorio.
	Datos del riesgo	Se incluye nueva variable: "sintomático al nacimiento / asintomático al nacimiento". Se trasladan a este epígrafe las variables de exposición geográfica (país, C.A., provincia, municipio), antes ubicadas en otros apartados.
	Categorización del caso	Se eliminan los datos de riesgo de la madre. Se añade la opción "desconocido" al "criterio de laboratorio".

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

La toxoplasmosis es una enfermedad infecciosa sistémica causada por el parásito *Toxoplasma gondii*, un protozoo intracelular obligado. La distribución de esta zoonosis es universal y se estima que un tercio de la población mundial es portadora del parásito.

La infección aguda en personas inmunocompetentes suele ser asintomática. En ocasiones, puede aparecer un cuadro febril con mialgias, adenopatías y otras afecciones, que remiten en varias semanas o presentarse en forma de toxoplasmosis ocular con uveítis y coriorretinitis. En personas inmunodeprimidas, principalmente casos con VIH, trasplantados y oncológicos, la infección puede producir cuadros graves con afectación sistémica, neurológica y retiniana.

La primoinfección en mujeres gestantes tiene el riesgo de transmisión transplacentaria de la infección al feto, produciendo la toxoplasmosis congénita.

La toxoplasmosis congénita (TC) tiene una presentación clínica en el feto distinta en función del periodo de la gestación en el que se produce la infección, la gravedad del cuadro clínico y las secuelas más importantes se dan en los primeros meses del embarazo, con el periodo más crítico entre las semanas 10 y 26. Si la infección ocurre durante el primer trimestre del embarazo puede producir la tetrada de Sabin: hidrocefalia, coriorretinitis, calcificaciones cerebrales bilaterales y convulsiones. Otros síntomas menos frecuentes que pueden presentarse en al nacer son ictericia, hepatoesplenomegalia, trombocitopenia y pleocitosis en el LCR. Los casos más graves tienen una alta mortalidad intrauterina, sin embargo, existen formas más larvadas con desarrollo de secuelas a partir del año de vida, como alteraciones oculares y retraso psicomotor.

Las infecciones fetales que ocurren en el último trimestre del embarazo se presentan, a menudo, como coriorretinitis y pueden no manifestarse hasta la segunda década de la vida. La mayoría de infectados nacen asintomáticos, pero hasta el 80% desarrolla secuelas en la infancia y adolescencia.

El diagnóstico prenatal se basa en la detección del parásito en líquido amniótico mediante PCR a partir de la semana 18 de gestación, y en la detección de anomalías en el feto mediante seguimiento ecográfico en gestantes con serología positiva compatible con primoinfección.

El diagnóstico neonatal se realiza principalmente por pruebas serológicas y de detección del parásito por aislamiento o técnicas moleculares:

- Diagnóstico serológico: dado que las IgG anti-*Toxoplasma* maternas se transfieren al feto en el embarazo, el diagnóstico se basa en la detección de IgM específica (más del 30% de recién nacidos con toxoplasmosis congénita no presentan IgM al nacer) o la detección de IgG propias del niño, diferenciándolas de las IgG maternas mediante la técnica de comparación de perfiles inmunológicos madre/hijo por Western-blot (un resultado negativo no excluye la TC dado que no siempre se genera respuesta inmunológica propia al nacer).
- Diagnóstico por detección del parásito: Se realizan técnicas de aislamiento y principalmente de PCR en diferentes muestras al nacer (sangre, orina, líquido cefalorraquídeo) que confirman la TC si son positivas, pero la negatividad no excluye la TC, ya que se ha observado que pueden ser negativas por distintas causas, como no encontrarse el parásito en las muestras analizadas.

El diagnóstico definitivo se realiza mediante seguimiento de los títulos de anticuerpos IgG, que en caso de TC presentan un ascenso progresivo tras el nacimiento o persisten estables tras el año de vida. La prevalencia de la toxoplasmosis varía mucho de unos países europeos a otros, incluso dentro del propio país, siendo más frecuente en zonas rurales respecto a las urbanas.

Dada la gravedad y las posibles secuelas de la toxoplasmosis congénita (TC) algunos países europeos instauraron hace años programas nacionales de cribado serológico en la mujer embarazada para identificar la primoinfección en la gestante e instaurar el tratamiento adecuado y seguir al recién nacido para confirmar los casos de TC. Sin embargo, en la actualidad han surgido controversias sobre el impacto de dichos programas y su coste. En Europa los casos de TC toxoplasmosis congénita declarados han ido disminuyendo en las últimas décadas.

Agente

Toxoplasma gondii es un protozoo perteneciente al grupo *Apicomplexa*, familia *Sarcocystidae*, clase Sporozoa.

El ciclo del parásito incluye tres estadios: a) Taquizoítos: formas replicativas infectantes, de división rápida, intracelulares, responsables de la diseminación y la destrucción tisular. b) Bradizoítos: son las formas latentes que permanecen en los tejidos incluidos en quistes tisulares. En condiciones de inmunodepresión, se pueden reactivar y diseminar como taquizoítos. c) Esporozoítos, se encuentran en los ooquistes y es la forma resistente en el medioambiente, tras la eliminación por gatos y otros félidos. Los ooquistes no esporulados requieren de 1 a 5 días en el medio ambiente para continuar el proceso y ser infectantes. Pueden sobrevivir en el medio durante meses, incluso años, y son resistentes a desinfectantes, congelación y desecación. Temperaturas de 70 °C o más los destruyen.

Reservorio

Los felinos actúan como huésped definitivo, constituyendo el principal reservorio. Se contagian al comer aves y roedores infectados y eliminan los ooquistes por las heces. Como huésped intermediario puede actuar cualquier animal homeotermo, como otros vertebrados rumiantes, suidos, aves, diversas especies marinas y el ser humano.

Modo de transmisión

La infección se produce principalmente por ingestión de quistes con bradizoítos presentes en carne cruda o insuficientemente cocinada, por ingesta de ooquistes del parásito eliminados con las heces por los gatos infectados que, pueden contaminar el pelo, los areneros y camas o pasar al medio ambiente contaminando vegetales o agua no tratada; también se puede producir por ingesta accidental de ooquistes presentes en el suelo o plantas o por inhalación de ooquistes esporulados presentes en el medio.

La infección transplacentaria se produce cuando una mujer se infecta por primera vez durante el embarazo y en su sangre circulan taquizoítos del parásito, que pueden atravesar la placenta y afectar al feto, originando la toxoplasmosis congénita.

No hay transmisión de persona a persona excepto en la vía vertical transplacentaria o, rara vez, en casos de transmisión por transfusión sanguínea, trasplantes de órganos de donantes infectados o por leche materna.

Los ooquistes eliminados por los gatos esporulan y se vuelven infectantes 1 a 5 días después, manteniéndose infectantes en agua o tierra durante un año. En la carne de animales infectados los bradizoítos permanecen viables mientras esté la carne cruda y no podrida, permaneciendo viables más de seis semanas, incluso en refrigeración a 4°C.

Periodo de incubación

El periodo de incubación en la madre es de 10 a 23 días cuando la infección tuvo lugar por ingestión de carne poco cocinada y entre 5 a 20 días cuando la transmisión está relacionada por el contacto con heces de gatos.

Susceptibilidad

La susceptibilidad es general y, aunque la infección es frecuente, suelen cursar de forma asintomática por lo que la inmunidad está muy extendida. Se desconoce la duración y el grado de la inmunidad, pero se estima que los anticuerpos persisten probablemente de por vida. En las personas inmunocomprometidas se puede reactivar la infección.

En el caso de la primoinfección de una gestante, el riesgo de transmisión al feto es mayor cuanto más avanzado esté el embarazo, disminuyendo sin embargo la gravedad de la enfermedad. El riesgo de infección fetal está condicionado por factores maternos (inmunidad materna y momento de la infección fetal), la inmunidad fetal y el tratamiento prenatal (el tratamiento prenatal es uno de los factores más importantes en reducir la transmisión transplacentaria y la aparición de complicaciones clínicas al nacimiento y a largo plazo).

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Conocer el patrón epidemiológico de presentación de toxoplasmosis congénita en la población lactante (hasta 12 meses de vida) y los principales factores de riesgo asociados a su aparición.
2. Detectar cambios en la presentación de la enfermedad a lo largo del tiempo o en su distribución geográfica.
3. Detectar los casos lo antes posible para llevar a cabo las medidas de salud pública y control.
4. Realizar el estudio epidemiológico a partir de la información de vigilancia. Garantizar la calidad de los datos para orientar la prevención y el control.
5. Contribuir a la evaluación y el seguimiento de los programas de prevención y control y difundir sus resultados.

Definición de caso

Criterio clínico

- Primoinfección de *Toxoplasma gondii* en el embarazo de la madre y transmisión transplacentaria.
- Signos clínicos de Toxoplasmosis congénita en el feto o niño/a de hasta 12 meses de vida.

Es importante tener en cuenta que un niño/a infectado puede ser asintomático al nacimiento y posteriormente presentar síntomas y secuelas en años posteriores incluso hasta la adolescencia.

Criterio de laboratorio

Al menos uno de los cuatro siguientes:

- Confirmación de *Toxoplasma gondii* en tejidos o líquidos corporales del feto o niño/a o líquido amniótico de la madre.
- Detección del ácido nucleico de *Toxoplasma gondii* en una muestra clínica.
- Respuesta específica de anticuerpos (IgM, IgG propios) anti- *Toxoplasma gondii* en un recién nacido. Detección de IgGs propias del RN (técnicas específicas confirmatorias como CPIWBlot).
- Valores persistentes de IgG anti- *Toxoplasma gondii* en el recién nacido, a partir de los 12 meses de vida.

Criterio epidemiológico

No procede.

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: no procede.

Caso probable: no procede.

Caso confirmado: niño/a de hasta 12 meses de vida que cumple los criterios de laboratorio.

MODO DE VIGILANCIA

La C.A. notificará, de forma individualizada, los casos nuevos confirmados en la plataforma electrónica que esté establecida para este uso. Enviará la información inicial de declaración del caso con una periodicidad semanal. La información del caso podrá actualizarse semanalmente y se hará una consolidación anual. La notificación electrónica de los casos se hará de acuerdo con las especificaciones (metadatos) acordadas para estandarizar y normalizar la información. El Anexo I de este protocolo incluye la encuesta epidemiológica de caso que recoge la información relevante en la vigilancia de esta enfermedad.

Cuando se requieran medidas de coordinación nacional, el servicio de vigilancia epidemiológica de la C.A. comunicará la situación al CCAES y al CNE. El CCAES valorará junto con las CC.AA. afectadas las medidas a tomar y, si fuera necesario, su notificación al Sistema de Alerta y Respuesta Rápida de la Unión Europea y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Medidas preventivas

La prevención primaria se basa en fomentar hábitos higiénicos y saludables en la embarazada, de forma imprescindible en aquellas que no han estado en contacto previo con el parásito:

- No consumir carne ni productos cárnicos que no hayan sido tratados térmicamente para eliminar el parásito.
- No consumir aguas de bebida no tratadas y/o no potabilizadas
- Higiene y lavado de las verduras y otros alimentos que pueden haber estado en contacto con tierra o heces de gato. Pelar las frutas antes de su consumo.
- Lavarse las manos, lavar las superficies y los utensilios para preparar alimentos, después de haber estado en contacto con gatos, carne cruda o tierra.
- Impedir que los gatos entren en contacto con las superficies en las que se van a preparar los alimentos; mantener a los gatos fuera de la cocina y realizar frecuentemente la limpieza del arenero (esta última actividad debe evitar hacerse en caso de estar embarazada).
- Utilizar siempre guantes para la realización de trabajos que requieran contacto con el suelo, como jardinería etc.

La prevención secundaria se basa en el diagnóstico precoz de la primoinfección para adoptar medidas que eviten o disminuyan la transmisión al feto. El cribado serológico prenatal en la gestante y su seguimiento permitiría detectar la primoinfección de forma temprana y de este modo instaurar un tratamiento prenatal y un tratamiento y seguimiento adecuado en el recién nacido. Cualquier recién nacido de gestante con primoinfección por *T. gondii* durante el embarazo es susceptible de haber contraído la enfermedad.

La prevención terciaria se basa en el cribado neonatal mediante la determinación de IgM anti-*Toxoplasma* en los recién nacidos, junto a los estudios metabólicos que se realizan en sangre seca de talón, que podría llegar a determinar hasta el 70-75 % de los casos con TC (el 25- 30% de los niños con TC no presentan IgM al nacer), con el objeto de realizar un seguimiento y tratamiento precoz.

Si se detectara un aumento del número de casos de toxoplasmosis congénita, se realizará la investigación epidemiológica con el fin de identificar los posibles riesgos y/o fallos en las medidas preventivas.

En los viajes internacionales a zonas endémicas, se deben seguir las mismas recomendaciones indicadas para su prevención en España. La información sobre los consejos sanitarios al viajero internacional puede ser consultada en la Web del Ministerio de Sanidad:

<https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadExterior/laSaludTambienViaja/consejosSanitarios/home.htm>.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bénard A; Petersen, E., Salamon, R., et al. for the European Toxo Prevention Study Group (EUROTOXO), Survey of European programmes for the epidemiological surveillance of congenital toxoplasmosis.
2. Havelaar, J Kemmeren, and L. M. Kortbeek Disease Burden of Congenital Toxoplasmosis Clinical Infectious Diseases 2007; 44:1467–74.
3. Heymann DL (ed.). Control of Communicable Diseases Manual. 21.^a ed. Washington: American Public Health Association, 2025. 613-617.
4. Montoya JG; Remington JS: Management of *Toxoplasma gondii* infection during pregnancy Clin Infect Dis, 2008 Aug 15; 47(4):554-66.
5. F. Baquero-Artigao et al. Guía de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica para el diagnóstico y el tratamiento de la toxoplasmosis congénita. An Pediatr (Barc). 2013; 79(2) :116.e1---16.e16
6. National Center for Infectious Diseases. Preventing Congenital Toxoplasmosis MMWR March 31, 2000/ 49(RR02); 57-75.
7. Ortega-Benito Cribado prenatal de la toxoplasmosis congénita. Med Clin (Barc). 2001; 116:385-9.
8. Roc ML, Palacia MP; Lomba E et al. Diagnóstico serológico de los casos de toxoplasmosis congénita. Enferm Infecc Microbiol Clin.2010; 28(8):517–519.
9. Schlundt, J. Emerging food-borne zoonoses Rev. sci. tech. Off. int. Epiz. 2004, 23 (2), 513-533. www.oie.int/boutique/extrait/513534schlundt.pdf.
10. Scientific Opinion of the Panel on Biological Hazards on a request from EFSA on Surveillance and monitoring of *Toxoplasma* in humans, foods and animals. The EFSA Journal (2007), 583 1-64. <http://www.efsa.europa.eu/en/scdocs/doc/583.pdf>
11. Villena I, Ancelle T, Delmas C, Garcia P, Brézin AP, Thulliez P, Wallon M, King L, Goulet V, Toxosurv network and National Reference Centre for Toxoplasmosis. Congenital toxoplasmosis in France in 2007: first results from a national surveillance system. Euro Surveill. 2010; 15(25):pii=19600. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19600>.
12. Dubey JP, Murata FHA, Cerqueira-Cézar CK, Kwok OCH, Villena I (2021). Congenital toxoplasmosis in humans: an update of worldwide rate of congenital infections. Parasitology 148, 1406–1416. <https://doi.org/10.1017/S0031182021001013>
13. Wallon M, Peyron F, Cornu C, Vinault S, Abrahamowicz M, Bonithon Kopp C, et al. Congenital toxoplasma infection: monthly prenatal screening decreases transmission rate and improves clinical outcome at age 3 years. Clin Infect Dis. 2013;56(9):1223–31.
14. Avelino MM, Amaral WN, Rodrigues IM, Rassi AR, Gomes MB, Costa TL, et al. Congenital toxoplasmosis and prenatal care state programs. BMC Infect Dis. 2014;14:33.
15. Cortina-Borja M, Tan HK, Wallon M, Paul M, Prusa A, Buffolano W, et al; European Multicentre Study on Congenital Toxoplasmosis (EMSCOT). Prenatal treatment for serious neurological sequelae of congenital toxoplasmosis: an observational prospective cohort study. Plos Med. 2010;7(10):e1000351.
16. Hotop A, Hlobil H, Gross U. Efficacy of rapid treatment initiation following primary *Toxoplasma gondii* infection during pregnancy. Clin Infect Dis. 2012;54(11):1545–52.
17. Olariu TR, Press C, Talucod J, Olson K, Montoya JG. Congenital toxoplasmosis in the United States: clinical and serologic findings in infants born to mothers treated during pregnancy. Parasite. 2019;26:13.
18. Peyron F, L'ollivier C, Mandelbrot L, Wallon M, Piarroux R, Kieffer F, Hadjadj E, Paris L, Garcia- Meric P. Maternal and Congenital Toxoplasmosis: Diagnosis and Treatment Recommendations of a French Multidisciplinary Working Group. Pathogens. 2019;8(1):24.

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA

DATOS DE LA DECLARACIÓN

C.A. declarante:

Identificación del caso para el declarante:

DATOS DEL CASO

Fecha de nacimiento: / /

Edad en años:

Sexo al nacimiento: Hombre Mujer Intersexual Desconocido

Sexo administrativo: Hombre Mujer No determinado Desconocido

Lugar de residencia del caso:

País de residencia:

C.A. de residencia:

Provincia de residencia:

Municipio de residencia:

Código postal de residencia:

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso¹: / /

Hospitalización³: Sí No Desconocido

Defunción causada por la enfermedad: Sí No Desconocido

DATOS DEL LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio: / /

Agente causal³: *Toxoplasma gondii*

Muestra (marcar la/s muestra/s con resultado positivo):

Cordón umbilical

Sangre

Líquido cefalorraquídeo (LCR)

Sangre seca de talón

Líquido amniótico

Suero

Orina

Prueba (marcar la/s prueba/s positivas en la muestra principal):

Cultivo

Detección de anticuerpos IgM

Detección de ácido nucleico (PCR)

Detección de anticuerpos IgG

Detección de anticuerpos

Visualización

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Sí No Desconocido

Identificación de muestra del declarante al LNR:.....

Identificación de muestra en el LNR:

DATOS DEL RIESGO

Lugar de exposición del caso:

- En la C.A. de residencia⁴
- En una C.A. distinta de la de residencia⁵
- En un país distinto de España⁶

País de exposición del caso⁷:

C.A. de exposición del caso⁷:

Provincia de exposición del caso⁷:

Municipio de exposición del caso⁷:

Test durante el embarazo (marcar las opciones correspondientes):

- Realizado con técnicas de imagen
- Realizado con test de cribado
- No realizado

Datos del caso: Sintomático al nacimiento Asintomático al nacimiento

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Criterios de clasificación de caso:

Criterio de laboratorio: Sí No Desconocido

Clasificación del caso:

- Confirmado

OBSERVACIONES⁸

.....

-
1. Fecha del caso: Es la fecha de diagnóstico.
 2. Hospitalización: Estancia de al menos una noche en el hospital.
 3. Agente causal: Rellenar sólo si el caso cuenta con confirmación de laboratorio.
 4. Lugar de exposición: C.A. de residencia: define si la exposición al riesgo se produjo en la C.A. de residencia.

5. Lugar de exposición: C.A. distinta de la de residencia: define si la exposición del caso se produjo en una C.A. distinta a la de residencia.
6. Lugar de exposición: País distinto de España: define si la exposición del caso se produjo en un país distinto de España.
7. País/ C.A./ Provincia/ Municipio de exposición del caso: Especificar el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general, se considerará el lugar donde el caso ha podido contraer la enfermedad con mayor probabilidad (estancia durante período de incubación). Si está en España, cumplimentar los campos de C.A., provincia y municipio. Si el lugar de exposición es un país diferente de España se cumplimentaría el país. Si no se conoce se dejará en blanco.
8. Observaciones: Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.