

ALGORITMO DE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E HOSPITAL

2021/2022*

Gestante com VDRL reagente na gestação
obs: se teste rápido (teste específico), ver algoritmo no verso.

Na consulta de pré-natal:

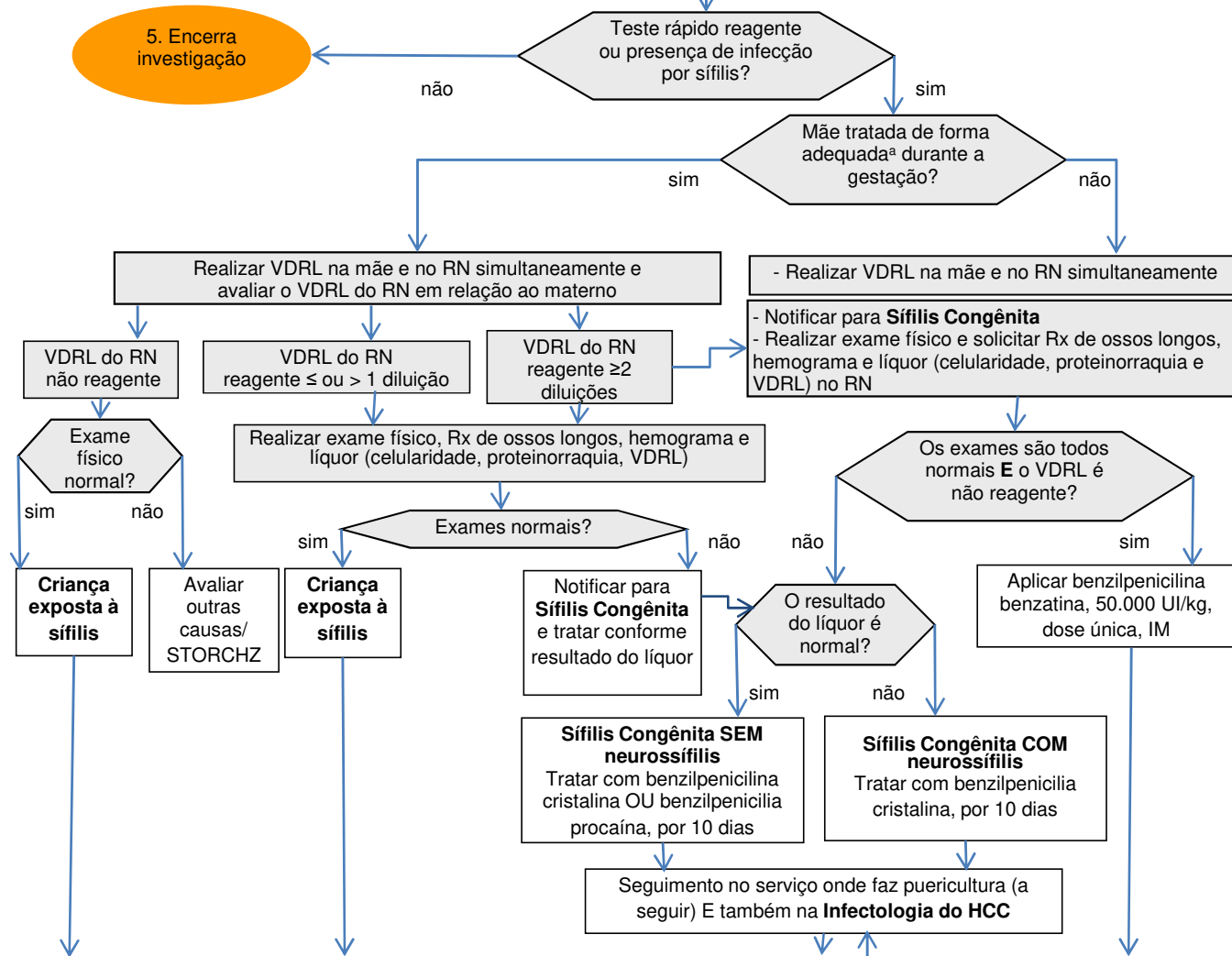
1º NOTIFICAR: registrar CID 098.1 no PEP/GHC e Preencher SINAN
2º TRATAR com penicilina em qualquer titulação (a menos que tratamento anterior tenha sido documentado e ter apresentado títulos em declínio). Tratar conforme estágio e simultaneamente a parceria (independentemente do resultado do VDRL da parceria)
3º CONFIRMAR sífilis solicitando teste rápido (treponêmico), caso esse já não tenha sido reagente em outro momento. Se teste rápido for não reagente, solicitar outro teste treponêmico (de outro método) para indicar provável VDRL falso reagente.
4º SOLICITAR VDRL mensalmente até o parto e ir registrando na carteira e no prontuário as datas e resultados dos exames. Solicitar VDRL também à(s) parceria(s), para acompanhamento.
5º REGISTRAR na carteira da gestante datas e doses realizadas do tratamento do casal.

- **Aconselhar** (dar apoio emocional e promover autocuidado) com entrega do folder guia "sífilis sem medo" o qual enfatiza a importância do tratamento e seguimento do casal e do bebê.
- **Pactuar e disponibilizar consulta** extra para gestante e sua parceria.
- **Informar** coordenador local do Programa de Gestante

atenção primária / gestante e parceria

Solicitar teste rápido para a gestante no momento do parto (tb em caso de aborto ou natimorto)

5. Encerra investigação

atenção na internação hospitalar / gestante e RN
(adaptado do algoritmo construído pelo Serviço de Infectologia do HCC)atenção primária / secundária
puérpera, companheiro e RN

Acompanhamento nas Unidades de APS (SSC/GHC) ou na Pediatria (HCC)

1º **Avaliar** se o tratamento completo foi realizado pelo casal
2º **seguir rotina** preconizada para acompanhamento da família:
- **Puérpera e parceria** (VDRL após 3m, 6m, 9m e 12m)^B
- **Criança** (VDRL com 1 m, 3m, 6m, 12m e 18m (até negativo 2x consecutivas). Se VDRL subir (2 diluições /4x) ou for reagente após o 6ºm, encaminhar para reavaliação/tratamento. Aos 18m, solicitar teste treponêmico (se reagente, confirma diagnóstico)^C.

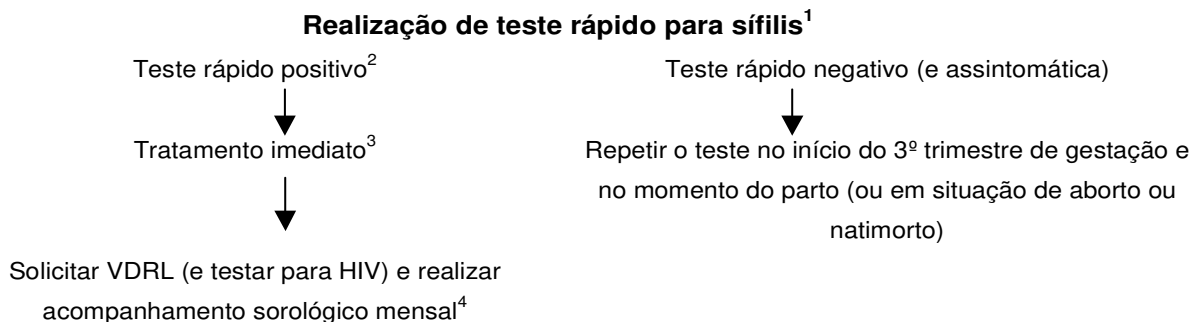
a. Tratar adequadamente significa seguir **rigorosamente** todos os passos do quadro da consulta de pré-natal.Além dos critérios descritos, o tratamento será adequado se **INICIADO** no mínimo 30 dias anterior ao parto.

b. Espera-se redução de 4x (2 diluições) dos títulos em 6 m (sífilis recente) ou em 12m (sífilis tardia) segundo MS, 2020

c. Teste treponêmico reagente aos 18m e sem tratamento prévio, encaminhar para avaliação completa e tratamento

* O algoritmo acima foi elaborado em parceria com o Serviço de Infectologia do HCC.

Fluxograma de teste rápido para sífilis na gestação



1. Gestantes deverão realizar o teste rápido, na primeira consulta de pré-natal. Se negativo, deverá ser repetido no início do 3º trimestre. O teste rápido é um teste treponêmico. As reações ocorrem com anticorpos específicos do *T. pallidum* e os falsos positivos são muito infrequentes. A vantagem teste rápido sobre os demais exames é a possibilidade de ser realizado no momento da consulta ou visita ao posto de saúde. Assim, evita a perda de oportunidade de tratamento para as pessoas com sífilis, em especial as gestantes, nas quais o tratamento correto é considerado curativo para o conceito.
2. O teste positivo indica que a pessoa tem ou teve sífilis.
3. Como o teste positivo pode representar uma infecção passada, na presença de - uma história confiável de tratamento adequado e devidamente registrado da gestante e seu parceiro, baixa possibilidade de re-exposição e garantia de retorno – seria possível aguardar o resultado do VDRL, antes de iniciar tratamento. **No entanto o MS (2020) recomenda iniciar o tratamento imediato e solicitar o VDRL.** O tratamento deve ser realizado de acordo com a fase clínica (avaliada pela presença de úlcera anogenital ou sinais e sintomas de sífilis secundária). Gestantes assintomáticas, sem registro de tratamento prévio adequado, devem ser tratadas para sífilis tardia (> 1 ano de evolução).
4. Se teste rápido positivo, **sempre** deve ser solicitado VDRL mensal até o parto. O resultado do VDRL não deve ser entendido como um dado isolado no qual títulos altos significam doença e títulos baixos significam memória (ou cicatriz) sorológica e sim como um ponto em uma curva. Exemplificando, uma pessoa com título baixo do VDRL (ex: 1:2, 1:4) pode ter sido infectada há pouco, não havendo tempo hábil para a produção de anticorpos. Por outro lado, uma pessoa com títulos altos (ex: 1:32; 1:64) pode ter sido tratada, adequada e recentemente, e os títulos ainda estejam caindo. Considera-se o tratamento adequado uma queda de 4 vezes (= 2 diluições) (ex 1:16 para 1:4). Títulos persistentemente altos ou que apresentem um aumento de 4x entre uma avaliação e outra podem significar falha terapêutica. Nem sempre é possível distinguir entre falha terapêutica e re-infecção. Caso o tratamento tenha sido completo e sem nova exposição confirmada, recomenda-se punção lombar e investigar neurosífilis (MS, 2020) (**encaminhar/discutir com profissional do CO do HNSC**)

Quadro guia para tratamento:

Tratamento da gestante e parceria(s)

Conforme estágio da doença, o tratamento deverá variar:

- Sífilis primária, Secundária ou Latente com menos de 1 ano de evolução: 1 série de 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada glúteo) para gestante e parceria(s) (MS, 2020). O CDC (2021) mantém a recomendação de repetir mais uma série em gestantes.

Alternativa de tratamento (somente para a parceria): Doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 15 dias.

- Terciária ou com mais de um ano de evolução ou duração ignorada: 3 séries* dose total de 7.200.000 UI

Alternativa de tratamento (exceto para gestantes): Doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 30 dias.

O intervalo entre as séries deve ser de 7 dias. O MS (2020) recomenda reiniciar, caso tenha ultrapassado 14 dias de intervalo e o CDC (2021) caso tenha ultrapassado 9 dias.

Gestante com história de reação grave/anafilaxia após uso de penicilina, encaminhar/discutir com profissional do CO do HNSC. Em caso de sinais/sintomas neurológicos/oftalmológicos ou sífilis terciária ativa, encaminhar/discutir com profissional do CO do HNSC

Caso a gestante tenha sido diagnosticada com sífilis durante a segunda metade da gestação, o CDC (2021) recomenda a solicitação de uma ecografia para avaliar a presença de sinais de sífilis fetal ou placentária e, na presença deles, a gestante deve ser encaminhada ao pré-natal de Alto Risco (?)

Tratamento da criança

O tratamento será determinado conforme tratamento da gestante (adequado ou não), risco de ter tido reinfecção, resultado do teste não treponêmico na criança e mãe (coletados ao mesmo tempo), exame físico e exames complementares (hemograma, glicemia, rx ossos longos, líquido e outros, conforme necessidade), o tratamento da criança deverá variar (Brasil, MS, 2021):

- Penicilina G potássica/cristalina 50.000 UI/Kg/dose EV 12/12h (nos primeiros 7 dias de vida) e de 8/8h (após 7 dias de vida), durante 10 dias.
- Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg dose única diária IM por 10 dias.
- Penicilina G benzatina IM 50.000 UI/Kg dose única.
- Penicilina G potássica/cristalina 50.000 UI/Kg IV de 4/4h a 6/6h, por 10 dias (sífilis pós neonatal)

Recém-nascidos com teste não treponêmico (VDRL) negativo no nascimento e cujas mães eram sororreativas no parto **também devem realizar acompanhamento/seguimento** para descartar sífilis congênita incubando sorologia negativa no momento do nascimento (CDC 2021).

Acompanhamento/seguimento: - Puérpera e parceria (s) (VDRL após 3m, 6m, 9m e 12m). - Criança (VDRL com 1 m, 3m, 6m, 12m e 18m (até negativar 2x consecutivas). Se VDRL subir 4x ou persistir reagente após 6º mês de vida, encaminhar para reavaliação/tratamento. Atentar para manifestações clínicas de sífilis congênita que possam surgir. Recomenda-se consultas oftalmológicas, audiológicas e neurológicas semestrais por 2 anos para as crianças com sífilis congênita (MS, 2020) e, aos 18m, solicitar teste treponêmico para confirmação diagnóstica.

Referências:

Centers for Disease Control and Prevention. CDC Diretrizes para Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/syphilis.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Fluxogramas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites B e C nas Instituições que Realizam Parto. Brasília – DF, 2021 Disponível em: <http://azt.aids.gov.br/informes/222021.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>

